



INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES PORTADORES DE PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL

Trabalho submetido por
Joana Murtinha
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

outubro de 2016



INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES PORTADORES DE PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL

Trabalho submetido por
Joana Murtinha
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Trabalho orientado por
Professor Doutor Paulo Maurício

e coorientado por
Mestre José Reis

outubro de 2016

Dedicatória

Aos Meus Pais, pelo amor e apoio incondicional, por acreditarem sempre em mim e por me motivarem a tentar ser sempre uma pessoa melhor.

Agradecimentos

O espaço dedicado para agradecimentos não é seguramente suficiente para agradecer a todas as pessoas que me ajudaram ao longo destes últimos anos da minha vida e especialmente nesta última fase, motivando-me a ser sempre melhor.

Ao *Professor Doutor Paulo Maurício*, que muito agradeço pela orientação e opinião científica que valorizo profundamente. Agradeço pelo apoio, ajuda e disponibilidade para responder às minhas questões e dúvidas, que são sempre muitas quando nos lançamos para um novo desafio, e por me motivar a querer saber sempre mais e a fazer sempre melhor.

Ao *Mestre José Reis*, o meu mais sincero agradecimento pela sua co-orientação e pelo apoio na escolha deste tema, que tanto me apaixona. Muito obrigada pela total disponibilidade que sempre mostrou. O seu apoio foi determinante para a realização desta tese de mestrado, e é um exemplo que me faz querer ser sempre uma melhor profissional e querer elevar os meus conhecimentos científicos.

Ao *Mestre Francisco Martins* e ao *Professor Doutor Luís Proença*, pela ajuda incansável para esclarecer as minhas dúvidas e para me ajudar naquilo que nunca conseguiria fazer sozinha.

Agradeço também profundamente a *Todos os Pacientes* que, no seu anonimato, tiveram uma contribuição fundamental e foram a base deste estudo, tornando-o possível e contribuído para o avanço do conhecimento científico nesta área.

À minha *Família*, em especial aos meus *Pais* e às *Minhas Irmãs*, um enorme e sincero obrigada por acreditarem em mim e nas minhas capacidades e por me apoiarem incondicionalmente. Obrigada pelos melhores conselhos e ensinamentos, por todo o carinho e dedicação e por estarem sempre a meu lado em todos os momentos. Vou querer sempre deixar-vos orgulhosos, a vocês, a todos aqueles que estão presentes na minha vida e também aos que já partiram.

Ao *David*, um obrigado muito especial e do fundo do coração, por todo o carinho e apoio diários. Obrigada por me ouvires e por seres o meu pilar, o meu melhor amigo.

Aos meus amigos, *Mariana, Inês, Rodrigo, Catarina, Matilde, Sara*, pelas conversas, pelo compreensão e apoio, por tudo.

Resumo

O conceito de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral (QVRSO) é cada vez mais um assunto de interesse para a comunidade científica e é caracterizado pela percepção que cada indivíduo tem da sua própria saúde oral e pelo impacto que as doenças da cavidade oral e o seu tratamento têm no seu dia-a-dia e no seu normal comportamento.

A reabilitação de indivíduos parcialmente desdentados é um desafio para os Médicos Dentistas pois é de extrema importância uma correta avaliação da saúde oral e geral do seu paciente, sendo essencial perceber as suas expectativas, opiniões e atitudes em relação ao tratamento reabilitador.

O objetivo desta investigação é a tradução do questionário OHIP-49 para português e a avaliação da QVRSO dos indivíduos portadores de Prótese Parcial Remível (PPR), avaliando a influência de fatores sócio-demográficos (idade e género) e clínicos (tipo de reabilitação e tempo de reabilitação) nessa mesma qualidade de vida.

A versão portuguesa do questionário Oral Health Impact Profile (OHIP-49) foi aplicada, na forma de entrevista pessoal, a uma amostra de vinte e dois indivíduos portadores de PPR que procuraram a consulta de Clínica de Reabilitação Oral (CRO) da Clínica Dentária do ISCSEM para a reabilitação protética.

As pontuações obtidas foram, em média, baixas, significando uma Boa QVRSO dos pacientes portadores de PPR que constituíram a amostra. No entanto, apesar dos níveis favoráveis de QVRSO, a prevalência de problemas relacionados com a utilização dessas mesmas próteses é considerável, nomeadamente ao nível de problemas funcionais, desconforto e incapacidade física.

Após análise estatística conclui-se não existir relação entre as variáveis faixa etária, género, tipo de reabilitação e tempo de utilização e a QVRSO dos pacientes portadores de PPR. Porém, a variável idade e intervalo de tempo de utilização apresentam uma relação estatisticamente significativa com a QVRSO destes pacientes.

Palavras-chave: Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral, desdentado parcial, prótese parcial removível, OHIP-49.

Abstract

The concept of Oral Health Related Quality of Life (OHRQoL) is increasingly becoming a subject of interest to the scientific community. It is characterized by the perception that each individual has of their own oral health and the impact that the diseases of the oral cavity, and the corresponding treatment, have on his daily life and his normal behavior.

The rehabilitation of partially edentulous individuals poses a challenge for Dentists due to the extreme importance of correctly evaluating the oral and general health of their patients. It is also important to understand their expectations, opinions and attitudes regarding the rehabilitator treatment.

This investigation's objective consists on translating the OHIP-49 questionnaire to Portuguese and evaluating the OHRQoL of Removable Partial Dentures (RPD) wearers, assessing the influence of sociodemographic (age and sex) and clinical (rehabilitation type and denture usage) factors on that same quality of life.

The Portuguese version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-49) questionnaire was applied, in the form of a personal interview, to a sample of twenty-two RPD wearers, that sought treatment at the Oral Rehabilitation Clinic of ISCSEM's Dental Clinic.

The obtained scores had a low average, which translates to a good OHRQoL of the RPD wearers. However, despite the OHRQoL favorable scores, the prevalence of problems related with the utilization of that same prostheses is considerable, particularly in terms of functional problems, discomfort and physical disability.

After statistical analysis, it was concluded that there is no relationship between the variables age group, genre, rehabilitation type and usage of dentures and the OHRQoL. However, the variables age and usage of dentures time intervals presents a statistically significant relationship with the OHRQoL.

Key-words: Oral Health Related Quality of Life, partial edentulism, removable partial denture, OHIP-49.

Índice Geral

Índice de Figuras	7
Índice de Tabelas	9
Lista de Abreviaturas.....	11
I. Introdução.....	13
Reabilitação com Prótese Parcial Removível (PPR)	13
Conceito, Indicações e Contraindicações.....	14
Desafios da Reabilitação de Indivíduos Parcialmente Desdentados.....	16
Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral (QVRSO).....	18
Instrumentos de medição da QVRSO	19
OHIP-49.....	19
Considerações pessoais.....	24
Objetivos do estudo	25
Objetivo geral.....	25
Objetivos específicos.....	25
Variáveis em Estudo e Hipóteses.....	25
Variável dependente.....	25
Variáveis Independentes	26
Hipóteses	26
II. Materiais e Métodos	27
Tipo do estudo	27
População/ Amostra.....	27
Critérios de Inclusão e Exclusão.....	27
Instrumento de determinação da QVRSO	28
Estudo estatístico dos dados	31

III. Resultados	33
Constituição e Caracterização da Amostra	33
Aplicação do questionário Fatores de Impacto na Saúde Oral	37
Índice OHIP	37
Relação entre a QVRSO e as variáveis em estudo	41
Idade	41
Faixa Etária	42
Género	43
Tipo de Reabilitação	44
Tempo de Utilização	45
Intervalos de Tempo de Utilização	46
Relação entre as variáveis em estudo e os sete domínios do questionário Fatores de Impacto em Saúde Oral	47
IV. Discussão	51
Constituição e Caracterização da Amostra	52
Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral	54
Índice OHIP	54
Relação entre a QVRSO e as variáveis em estudo	57
Idade e Faixa Etária	57
Género	58
Tipo de Reabilitação	59
Tempo de Utilização e Intervalos de Tempo de Utilização	60
Relação entre as variáveis em estudo e os sete domínios do questionário Fatores de Impacto em Saúde Oral	61
Limitações do estudo	62
V. Conclusão	65
VI. Bibliografia	67
VII. Anexos	

Índice de Figuras

Figura 1 - Entrevista de aplicação do questionário.	30
Figura 2 - Distribuição da amostra por género.	33
Figura 3 - Distribuição da amostra por faixa etária.	34
Figura 4 - Distribuição da amostra por tipo de reabilitação.	34
Figura 5 - Distribuição da amostra por concomitância de tipo de reabilitação.	35
Figura 6 - Distribuição da amostra por tempo de utilização da PPR.	36
Figura 7 - Índice OHIP (soma).	38
Figura 8 - Relação entre a QVRSO e a faixa etária.	42
Figura 9 - Relação entre a QVRSO e o género.	43
Figura 10 - Relação entre a QVRSO e o tipo de reabilitação.	44
Figura 11 - Relação entre a QVRSO e o intervalo de tempo de utilização.	46

Índice de Tabelas

Tabela 1 - As 49 perguntas do questionário Oral Health Impact Profile (OHIP-49)	20
Tabela 2 - Fatores de Impacto na Saúde Oral, versão portuguesa do questionário Oral Health Impact Profile (OHIP-49)	28
Tabela 3 - Distribuição da amostra por género (N=22)	33
Tabela 4 - Distribuição da amostra por idade	34
Tabela 5 - Distribuição da amostra por faixas etárias (N=22)	34
Tabela 6 - Distribuição da amostra por tipo de reabilitação (N=22)	35
Tabela 7 - Distribuição da amostra por concomitância de tipo de reabilitação (N=22) ...	36
Tabela 8 - Distribuição da amostra por tempo de utilização da PPR (N=22)	37
Tabela 9 - Índice OHIP (soma)	38
Tabela 10 - Índice OHIP (frequência de resposta)	39
Tabela 11 - Relação entre a QVRSO e a idade	41
Tabela 12 - Relação entre a QVRSO e a idade (faixas etárias)	42
Tabela 13 - Relação entre a QVRSO e o género	43
Tabela 14 - Relação entre a QVRSO e o tipo de reabilitação	44
Tabela 15 – Relação entre a QVRSO e o tempo de utilização	45
Tabela 16 - Relação entre a QVRSO e o tempo de utilização (intervalos de tempo)	46
Tabela 17 - Relação entre as variáveis em estudo e os domínios 1 – 4	47
Tabela 18 - Relação entre as variáveis em estudo e os domínios 5 – 7	48
Tabela 19 - 10 problemas mais frequentemente reportados pelos pacientes portadores de PPR	56

Lista de Abreviaturas

CrCo - Cromo-cobalto

CRO - Clínica de Reabilitação Oral

GOHAI - Geriatric/General Oral Health Assessment Index

SF-36 - 36-Item Short Form Health Survey

ISCSEM - Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz

OHIP - Oral Health Impact Profile

OMD - Organização Mundial de Saúde

PPR - Prótese Parcial Removível

QVRSO - Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral

I. Introdução

A melhoria nos parâmetros de saúde oral da população de alguns países bem como um decréscimo acentuado da taxa de edentulismo em adultos, tem sido referenciada em diversos estudos (Siqueira, Santos, Santos, & Marchini, 2013; Souza, Patrocínio, Pero, Marra, & Compagnoni, 2007).

No entanto, devido ao envelhecimento da população mundial, estima-se um aumento do número de indivíduos parcialmente desdentados até ao ano de 2020, existindo assim uma maior necessidade e crescente preocupação em perceber a suas necessidades e em que medida a sua qualidade vida é afetada. De acordo com um estudo de Petersen e Yamamoto (2005), a população idosa mundial com idade superior a 60 anos é de aproximadamente 600 milhões de indivíduos, sendo expectável a duplicação deste número até 2025 (Furuyama et al., 2011; Rodakowska, Mierzynska, Baginska, & Jamiolkowski, 2014; Siqueira et al., 2013).

Cárie dentária, doença periodontal, patologia pulpar, trauma e cancro oral encontram-se entre as maiores causas da perda dentária, a qual irá afetar a saúde oral e geral do indivíduo, bem como a sua qualidade de vida (Shaghaghian, Taghva, Abduo, & Bagheri, 2015). De acordo com um estudo publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) estes problemas persistem, sendo considerados problemas de saúde e que afetam maioritariamente as comunidades mais desprivilegiadas, tanto em países não desenvolvidos como em países desenvolvidos (Petersen, 2003; Petersen, Bourgeois, Ogawa, Estupinan-day, & Ndiaye, 2005).

O restabelecimento da função mastigatória, fonética e melhoramento da estética bem como da saúde oral passa pela reabilitação destes doentes utilizando prótese removível, fixa e/ou implantes (Areias, 2004; Shaghaghian et al., 2015).

Reabilitação com Prótese Parcial Removível (PPR)

Este tipo de reabilitação convencional ainda se encontra entre os mais praticados pelos médicos dentistas e é um tratamento que traz benefícios para os pacientes desdentados, quer em termos estéticos como funcionais, para além de ser socialmente aceite para a substituição de dentes perdidos (Siqueira et al., 2013).

Apesar da existência de diversos tipos de reabilitação de espaços edêntulos, e do crescente interesse na área de Implantologia nas últimas duas décadas, atualmente ainda existe um grande número de indivíduos tratados com PPR convencional, pela sua natureza não invasiva, rápida confecção, baixo preço e fácil manutenção. Tal como já foi referido, indivíduos desdentados pertencem maioritariamente a estratos sociais mais pobres e mais desprivilegiados que dificilmente têm acesso a tratamentos com implantes pelo seu valor elevado, e por essa razão optam pela reabilitação convencional removível (Siqueira et al., 2013). Verifica-se ainda que o tratamento com implantes pode não estar indicado para alguns pacientes idosos devido à sua situação de saúde física e/ou psicológica (Gaspar, Santos, Santos, & Marchini, 2013).

Conceito, Indicações e Contraindicações

A PPR, após eliminados os fatores que causam a perda de saúde oral, como os dentes irrecuperáveis, e recuperada a saúde dos restantes elementos dentários e tecidos remanescentes, irá repor, em um ou ambos os maxilares, as estruturas ausentes por elementos artificiais, com a possibilidade de serem facilmente removidas da cavidade oral quer pelo paciente quer pelo Médico Dentista. Estes tipos de próteses podem tomar a designação de dento-suportadas, dento-muco-suportadas ou muco-suportadas, que variam, tal como o próprio nome indica, no tipo de suporte, implicando, por sua vez, uma variação dos elementos constituintes da prótese e do seu desenho (Todescan, Silva, & Silva, 2001).

Segundo Todescan et al (2001), a reabilitação convencional, com PPR, dento-suportada, dento-muco-suportada ou muco-suportada, está indicada geralmente para pacientes parcialmente desdentados em que não esteja indicada a reabilitação com prótese fixa, por uma das seguintes razões:

- Espaços edêntulos sem pilar posterior, designando-se a prótese de Extremidade Livre, Uni ou Bilateral;
- Espaços edêntulos extensos onde, embora existam dentes a limitar estes espaços, a sua extensão contraindica absolutamente a utilização de uma prótese parcial fixa;

- Dentes pilares com sustentação periodontal reduzida pela perda óssea, onde optar por uma reabilitação fixa implicaria a abrangência de um grande número de dentes pilares, em concordância com a Lei de Ante, a qual estabelece que “para as próteses fixas, a soma da área do ligamento periodontal dos dentes pilares deverá ser igual ou superior àquelas que apresentariam, se presentes, os elementos dentais a serem substituídos no arco”;
- Excessiva perda óssea do espaço edêntulo a reabilitar, nomeadamente em espaços anteriores onde muitas vezes a perda dos incisivos levará a uma perda óssea horizontal acentuada e onde a estética é mais exigente. Neste caso a PPR irá possibilitar um melhor posicionamento dos dentes artificiais e um suporte adequado para os lábios, através da sua base, sela ou abas;
- Necessidade de substituição imediata de dentes anteriores, onde estas próteses funcionarão como próteses provisórias, utilizadas durante o processo de cicatrização;
- Em caso de cirurgia bucodentoalveolar ou bucomaxilofacial, onde este tipo de próteses irá ter uma função de terapêutica auxiliar da cicatrização, protegendo pós-operatoriamente o local ao proporcionar repouso anatómico regional, imobilizando a região para que ocorra um adequado processo de cicatrização e criando condições estéticas e mastigatórias mais adequadas;
- Para pacientes psicologicamente comprometidos, onde procedimentos demorados e a necessidade de compreensão de trabalhos muito elaborados e complexos poderiam representar um desgaste muito grande para o paciente e, desse modo, comprometer o sucesso do tratamento;
- Como reabilitação temporária ou orientadores de reabilitação oral em grandes reabilitações, onde existe a necessidade de normalização da

oclusão, evitando não só que o paciente seja privado de dentes como também para aguardar pela reparação tecidular;

- Como protetores de implantes, enquanto se processa a sua osseointegração.

No entanto, é importante ter em mente que a escolha de qual a melhor opção reabilitadora para determinado indivíduo vai depender não só das condicionantes dentárias e dos tecidos de suporte do mesmo, mas também da escolha, muitas vezes derivada das possibilidades económicas, deste. O Médico Dentista deve ter em atenção essa componente e, sem negligenciar os fundamentos científicos que devem acompanhar a construção de qualquer reabilitação protética, pode optar por reabilitações menos complexas e, por sua vez, menos dispendiosas, de modo a conseguir alcançar as necessidades de camadas menos privilegiadas da população, no que diz respeito às suas condições económicas (Siqueira et al., 2013; Todescan et al., 2001).

Relativamente às contraindicações deste tipo de reabilitação é importante referir que pacientes com problemas motores, debilidade mental e má higiene oral não têm indicação para a utilização deste tipo de dispositivos. No entanto, é importante sublinhar que, quer indicações, quer contraindicações, podem não ser absolutas e desse modo é importante considerar cada paciente individualmente (Todescan et al., 2001).

Desafios da Reabilitação de Indivíduos Parcialmente Desdentados

A reabilitação destes indivíduos é um desafio para os Médicos Dentistas pois é de extrema importância uma correta avaliação da saúde oral e geral do seu paciente, sendo essencial perceber as suas expectativas, opiniões e atitudes em relação ao tratamento reabilitador (Pommer, 2013). O Médico Dentista deve ter em conta as alterações anatómicas e neuromusculares que resultam da perda de dentes, e perceber em que medida essas alterações afetam o seu paciente a nível psicológico e social (Areias, 2004; Wong, Cheung, & McGrath, 2007).

Existem muitos fatores, quer psicológicos, quer mecânicos, estéticos e biológicos envolvidos na aceitação da prótese e todos eles devem ser tomados em conta na escolha do melhor tratamento reabilitador para cada paciente e devem ser considerados, na prática clínica, como determinantes para o sucesso do mesmo (Siqueira et al., 2013). Assim, os

protocolos de reabilitação oral devem abordar o aspeto multidimensional e multifatorial dos cuidados de saúde, tais como melhorar a qualidade de vida, a eficácia da intervenção e atingir o melhor custo-benefício para o paciente (Leles, Morandini, Silva, Nunes, & Freire, 2008).

É também importante referir que a avaliação por parte do clínico difere muitas vezes da perceção do paciente, sendo ambas subjetivas e individuais (Shaghaghian et al., 2015; Siqueira et al., 2013).

Dos diversos fatores envolvidos na aceitação de um tratamento reabilitador por parte do paciente e na sua satisfação, é possível enumerar, o conforto na mastigação e fonação, adaptação e retenção da prótese, número de dentes perdidos, impacto social e psicológico do tratamento, a sua utilidade e benefício bem como a relação custo/eficácia, como sendo aqueles que mais frequentemente a afetam. A idade, saúde e higiene não se encontram associados à satisfação do paciente (Furuyama et al., 2011; Shaghaghian et al., 2015; Siqueira et al., 2013).

Por outro lado, fatores como taxa de sucesso, longevidade da prótese e a frequência com que apresentam complicações são mais importantes para o clínico, determinando se um tratamento foi ou não bem-sucedido (Furuyama et al., 2011; Shaghaghian et al., 2015).

A perda de dentes está muitas vezes associada a diminuição da qualidade de vida, por estar associada a mudanças de atitude do indivíduo, sentimento de desolação, diminuição da autoestima e descontentamento com a estética dentária (Areias, 2004; Davis, Fiske, Scott, & Radford, 2000). Deste modo, os efeitos emocionais da perda de dentes podem ser a causa da insatisfação do paciente, e não a existência de imperfeições na prótese (Areias, 2004).

É importante considerar o modo como cada paciente perceciona a sua necessidade de tratamento e a sua condição atual de saúde, os custos de tratamento, e os seus potenciais riscos e benefícios, como partes integrantes do processo de tomada de decisão (Leles et al., 2008).

Deste modo, o planeamento do tratamento deve ser individualizado e as decisões a tomar devem ser partilhadas entre o Médico Dentista e o paciente, de modo a estabelecer uma ligação com as suas preocupações e expectativas, e no final do tratamento ser

atingido e principal objetivo – o maior conforto, satisfação e qualidade de vida do paciente (Leles et al., 2008; Siqueira et al., 2013).

Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral (QVRSO)

O conceito de QVRSO é, cada vez mais, um assunto de interesse para a comunidade científica e é caracterizado pela percepção que cada indivíduo tem da sua própria saúde oral, ou seja, o impacto que as doenças da cavidade oral e o seu tratamento têm no dia-a-dia do indivíduo e no seu normal funcionamento (Jenei et al., 2015; Pommer, 2013; Rodakowska et al., 2014; Zani, Rivaldo, Frasca, & Caye, 2009). Este é um conceito complexo e multidimensional que inclui limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e qualidade de vida geral (Denis, Trojak, & Rude, 2016).

De acordo com a OMS, saúde define-se como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades”. A QVRSO é considerada como parte integrante da saúde e bem-estar geral do indivíduo (Jenei et al., 2015; Sischo & Broder, 2011).

A dor, a dificuldade em comer, mastigar, comunicar e sorrir devido a dentes perdidos ou danificados tem um forte impacto no dia-a-dia do paciente e no seu bem-estar. As doenças da cavidade oral restringem as atividades na escola, no trabalho e em casa causando a perda de muitas horas de trabalho, redução de interação social, conflitos na vida familiar e restrições severas na dieta (Allen, McMillan, Walshaw, & Locker, 1999; Petersen et al., 2005).

Por esta razão, tem existido ao longo dos anos uma alteração nos cuidados de saúde no sentido de centrá-los no paciente e nas suas necessidades, com o objetivo de dar ao paciente uma voz mais ativa e um maior envolvimento nesses mesmos cuidados de saúde. Assim, tem ocorrido ao longo dos anos um crescente reconhecimento da importância e das vantagens de incorporar instrumentos que quantifiquem as consequências de uma doença que afete a rotina do seu portador e avalie a QVRSO relatada pelos pacientes (Alvarenga et al., 2011; Marshall, Haywood, & Fitzpatrick, 2006; McGrath, Lam, & Lang, 2012).

Instrumentos de medição da QVRSO

Atualmente existem diversos instrumentos que têm como objetivo determinar a QVRSO do indivíduo e deste modo auxiliar o médico-dentista na escolha da terapêutica mais adequada e que trará maior probabilidade de sucesso (John, Slade, Szentpétery, & Setz, 2004). Estes instrumentos são úteis pois permitem ao clínico ter um melhor entendimento da perspectiva e expectativas do paciente em relação aos resultados do tratamento prestado, bem como monitorizar a condição de saúde oral do paciente ao longo do tempo (Awad, Al-Shamrany, Locker, Allen, & Feine, 2008).

No entanto, uma desvantagem da aplicação destes instrumentos é o tempo de consulta despendido para o seu preenchimento. Além disso, o clínico pode também considerar difícil e demorado interpretar a informação recolhida em longos questionários (Awad et al., 2008; Rener-Sitar, Petričević, Čelebić, & Marion, 2008). Por essa razão é vantajoso que o questionário seja prático e de baixo custo, de modo a facilitar a sua aplicação, tanto em consultório, como em estudos epidemiológicos, em grandes populações (Mesko, 2012).

Vários instrumentos foram criados com estas finalidades. Historicamente, surge primeiro, em 1990, o Geriatric/General Oral Health Assessment Index (GOHAI) (Atchison & Dolan, 1990), em 1992, o 36-Item Short Form Health Survey (SF-36) (Ware & Sherbourne, 1992) e, em 1993, Dental Impact Profile (Strauss & Hunt, 1993). Em 1994, Slade e Spencer desenvolvem o questionário Oral Health Impact Profile (OHIP-49), que se torna o instrumento de determinação da QVRSO mais usado e mais sofisticado (Slade & Spencer, 1994).

OHIP-49

Este questionário, de quarenta e nove perguntas, foi desenvolvido na Austrália, e desde então diversos estudos exploraram a possibilidade de reduzir a extensão do mesmo, sem alterar o seu âmbito de aplicação (Zani et al., 2009). Surgiram então várias versões como:

- OHIP-14, constituído apenas por 14 questões (Locker & Allen, 2002; Slade, 1997);
- OHIP-EDENT, para pacientes desdentados totais (Allen & Locker, 2002);

- OHIP para pacientes com disfunção temporomandibular (Segù, Collesano, Lobbia, & Rezzani, 2005);
- OHIP-aesthetic, com o intuito de medir a influência da estética oral na qualidade de vida dos pacientes (Wong et al., 2007).

Na sua versão original este é constituído por 49 perguntas (OHIP-49) (Tabela 1) que se encontram agrupadas em sete domínios (constituídos por cinco a nove perguntas) descritos pelo modelo conceptual de saúde oral de Locker (1988) (John et al., 2014):

- functional limitation;
- physical pain;
- psychological discomfort;
- physical disability;
- psychological disability;
- social disability;
- handicap.

Tabela 1. As 49 perguntas do questionário Oral Health Impact Profile (OHIP-49).

Functional Limitation	1	Have you had difficulty chewing any foods because of problems with your teeth, mouth or dentures?
	2	Have you had trouble pronouncing any words because of problems with your teeth, mouth or dentures?
	3	Have you noticed a tooth which doesn't look right?
	4	Have you felt that your appearance has been affected because of problems with your teeth, mouth or dentures?
	5	Have you felt that your breath has been stale because of problems with your teeth, mouth or dentures?
	6	Have you felt that your sense of taste has worsened because of problems with your teeth, mouth or dentures?
	7	Have you had food catching in your teeth or dentures?
	8	Have you felt that your digestion has worsened because of problems with your teeth, mouth or dentures?
	9	Have you felt that your dentures have not been fitting properly?
Physical Pain	10	Have you had painful aching in your mouth?
	11	Have you had a sore jaw?
	12	Have you had headaches because of problems with your teeth, mouth or dentures?
	13	Have you had sensitive teeth, for example, due to hot or cold foods or drinks?
	14	Have you had toothache?

	15	Have you had painful gums?
	16	Have you found it uncomfortable to eat any foods because of problems with your teeth, mouth or dentures?
	17	Have you had sore spots in your mouth?
	18	Have you had uncomfortable dentures?
Psychological Discomfort	19	Have you been worried by dental problems?
	20	Have you been self-conscious because of your teeth, mouth or dentures?
	21	Have dental problems made you miserable?
	22	Have you felt uncomfortable about the appearance of your teeth, mouth or dentures?
	23	Have you felt tense because of problems with your teeth, mouth or dentures?
Physical Disability	24	Has your speech been unclear because of problems with your teeth, mouth or dentures?
	25	Have people misunderstood some of your words because of problems with your teeth, mouth or dentures?
	26	Have you felt that there has been less flavour in your food because of problems with your teeth, mouth or dentures?
	27	Have you felt that there has been less flavour in your food because of problems with your teeth, mouth or dentures?
	28	Have you had to avoid eating some foods because of problems with your teeth, mouth or dentures?
	29	Have you had to avoid eating some foods because of problems with your teeth, mouth or dentures?
	30	Have you been unable to eat with your dentures because of problems with them?
	31	Have you avoided smiling because of problems with your teeth, mouth or dentures?
	32	Have you had to interrupt meals because of problems with your teeth, mouth or dentures?
Psychological Disability	33	Has your sleep been interrupted because of problems with your teeth, mouth or dentures?
	34	Have you been upset because of problems with your teeth, mouth or dentures?
	35	Have you found it difficult to relax because of problems with your teeth, mouth or dentures?
	36	Have you felt depressed because of problems with your teeth, mouth or dentures?
	37	Have you felt depressed because of problems with your teeth, mouth or dentures?
	38	Have you been a bit embarrassed because of problems with your teeth, mouth or dentures?
Social Disability	39	Have you avoided going out because of problems with your teeth, mouth or dentures?
	40	Have you avoided going out because of problems with your teeth, mouth or dentures?

	41	Have you had trouble getting on with other people because of problems with your teeth, mouth or dentures?
	42	Have you been a bit irritable with other people because of problems with your teeth, mouth or dentures?
	43	Have you had difficulty doing your usual jobs because of problems with your teeth, mouth or dentures?
Handicap	44	Have you felt that your general health has worsened because of problems with your teeth, mouth or dentures?
	45	Have you suffered any financial loss because of problems with your teeth, mouth or dentures?
	46	Have you been unable to enjoy other people's company as much because of problems with your teeth, mouth or dentures?
	47	Have you felt that life in general was less satisfying because of problems with your teeth, mouth or dentures?
	48	Have you been totally unable to function because of problems with your teeth, mouth or dentures?
	49	Have you been unable to work to your full capacity because of problems with your teeth, mouth or dentures?

Este questionário avalia problemas como a dor na cavidade oral, influência na alimentação (restrição de alimentos, alteração de paladar e necessidade de interromper refeições), nervosismo e vergonha devido à condição de saúde oral, relacionamento social (comunicação e interação com outras pessoas), e qualidade de vida (dificuldade de relaxamento, incapacidade funcional para realizar tarefas diárias e vida insatisfatória) (Alvarenga et al., 2011).

O paciente indica se, nos últimos 12 meses, existiu a ocorrência de algum tipo de desconforto funcional, psicológico, social ou afetação do seu dia-a-dia e qualidade de vida, recorrendo a uma escala de Likert (Mesko, 2012; Rener-Sitar et al., 2008):

- 0 – Nunca
- 1 – Quase Nunca
- 2 – Às vezes
- 3 – Quase Sempre
- 4 – Sempre

Existem duas formas de interpretar a pontuação obtida em cada uma das perguntas do questionário OHIP: a soma e a prevalência.

- **Soma:** a pontuação é determinada pela adição dos valores correspondentes às 49 respostas, podendo os valores variar entre 0-196. Valores de pontuação totais de zero indicam a ausência de problemas enquanto elevados representam uma saúde oral fraca e debilitada (Pommer, 2013; Shaghaghian et al., 2015).
- **Prevalência:** é representada pela percentagem de pessoas que relatam, em uma ou mais questões, as respostas “quase sempre” ou “sempre”. Este questionário irá então permitir determinar se, nos 12 meses anteriores à realização do mesmo, existiu algum tipo de desconforto ou mal-estar relacionado com os dentes, boca ou prótese (Pommer, 2013; Shaghaghian et al., 2015).

No sentido de facilitar a interpretação dos valores obtido através da “**soma**” propusemos a criação de uma escala de classificação da qualidade de vida, sendo esta considerada Muito Boa para pontuações de 0-16, Boa de 17-76, Média de 77-136 e Fraca de 137-196.

Ao longo do tempo, foram surgindo diversas traduções e adaptações culturais destes instrumentos, sendo registada, por exemplo, a tradução do OHIP-49 para chinês (Wong, Lo, & McMillan, 2002), alemão (OHIP-G53) (John, Patrick, & Slade, 2002), sueco (OHIP-S) (Larsson, List, Lundstrom, Marcusson, & Ohrbach, 2004), e português do brasil (Pires, Ferraz, & Abreu, 2006), e do OHIP-14 para português do Brasil (Oliveira & Nadanovsky, 2005), húngaro (OHIP-H) (Szentpétery, Szabó, Marada, Szántó, & John, 2006), alemão (OHIP-G) (John et al., 2006), escocês (Fernandes, Ruta, Ogden, Pitts, & Ogston, 2006), e espanhol (Montero-Martín, Bravo-Pérez, Albaladejo-Martínez, Hernández-Martín, & Rosel-Gallardo, 2009), entre outras.

É possível, deste modo, verificar a ausência de tradução e adaptação cultural do questionário OHIP para português de Portugal. A sua tradução é considerada necessária para uma correta avaliação da QVRSO da população portuguesa, a fim de entender as suas principais queixas e solucionar eficazmente os seus problemas.

Considerações pessoais

A escolha deste tema deve-se à minha forte preocupação e interesse pelo bem-estar e qualidade de vida dos pacientes portadores de PPR, bem como a minha sempre crescente curiosidade e fascínio pela área de Reabilitação Oral, e a medida em que esta pode mudar a vida de muitas pessoas.

Alguns pacientes portadores de PPR apresentam dificuldades em realizar, de forma satisfatória, as funções orais básicas. A utilização de PPR afeta psicológica, física e socialmente o indivíduo, sendo de meu grande interesse perceber até que ponto este equilíbrio é afetado, contribuindo para o aperfeiçoamento deste tipo de reabilitação e, desse modo, melhorar a qualidade de vida dos indivíduos portadores deste tipo de prótese.

O crescente interesse por este tema foi reforçado, ao longo dos últimos anos pelo contacto com este tipo de pacientes, no decorrer da prática clínica no ISCSEM, que muito contribuiu para o meu crescimento quer a nível profissional e académico como pessoal.

Com a realização deste estudo pretende-se:

- Obter um melhor entendimento das principais queixas e necessidades do paciente portador de próteses parciais removíveis, identificando as áreas em que existe maior necessidade de ajuda e orientação por parte do Médico-Dentista;
- Contribuir para o melhoramento dos cuidados de Medicina Dentária prestados aos indivíduos portadores de PPR;
- Contribuir para o progresso do conhecimento nesta área da Reabilitação Oral;
- Sublinhar a importância da discussão deste tema, impulsionado pelas dificuldades apresentadas por estes indivíduos;
- Impulsionar futuros trabalhos de investigação sobre o tema.

Objetivos do estudo

Objetivo geral

O objetivo geral desta investigação é a avaliação da QVRSO dos indivíduos portadores de PPR, que procuraram consulta de Clínica de Reabilitação Oral (CRO) da Clínica Dentária do ISCSEM para a sua reabilitação, e quais os fatores que a influenciam.

Objetivos específicos

Como objetivos específicos enumeram-se os seguintes:

- Tradução do questionário OHIP-49 para português;
- Avaliar a QVRSO dos indivíduos que constituem a amostra estudada e determinar quais as suas principais queixas relativamente ao tratamento reabilitador;
- Avaliar o peso de características sócio-demográficas como a idade e o género na QVRSO;
- Avaliar o peso de características relacionadas com a reabilitação protética, tais como tipo de reabilitação e tempo de utilização da(s) prótese(s), na QVRSO.

Variáveis em Estudo e Hipóteses

Variável dependente

A variável dependente deste estudo é a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral (QVRSO) do indivíduo portador de Prótese Parcial Removível (PPR).

Variáveis Independentes

Variáveis Sócio-Demográficas:

- Idade;
- Faixa etária;
- Género.

Variáveis Clínicas:

- Tipo de Reabilitação;
- Tempo de utilização da prótese;
- Intervalos de tempo de utilização.

Hipóteses

As hipóteses foram organizadas tendo em conta os objetivos do estudo, após estudo e associação das variáveis dependentes e independentes.

Hipótese 1 – A idade influencia a QVRSO do paciente portador de PPR;

Hipótese 2 – A faixa etária em que o paciente se inclui influencia a QVRSO do paciente portador de PPR;

Hipótese 3 – O género influencia a QVRSO do paciente portador de PPR;

Hipótese 4 – O tipo de reabilitação influencia a QVRSO do paciente portador de PPR;

Hipótese 5 – O tempo de utilização da prótese influencia a QVRSO do paciente portador de PPR.

Hipótese 6 – O intervalo de tempo de utilização da prótese em que o paciente se inclui influencia a QVRSO do paciente portador de PPR.

II. Materiais e Métodos

Tipo do estudo

Estudo piloto, quantitativo do tipo analítico, transversal e exploratório.

População/ Amostra

Neste estudo foi utilizada uma amostra de 28 indivíduos, portadores de PPR e que procuraram a Clínica Dentária do ISCSEM para a reabilitação protética, inquiridos entre 10 de fevereiro e 11 de maio de 2016. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, abaixo descritos, a amostra passou a ser constituída por 22 indivíduos (N=22).

A vertente clínica desta reabilitação foi executada pelos alunos dos 4º e 5º anos do Mestrado Integrado em Medicina Dentária do ISCSEM, sob a monitorização dos docentes da Unidade Curricular de Reabilitação Oral.

Crítérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídos no estudo pacientes:

- adultos (maiores de 18 anos);
- de ambos os géneros;
- portadores de PPR superior e/ou inferior, acrílicas ou esqueléticas, confeccionadas na consulta de CRO da Clínica Dentária do ISCSEM, pelos alunos de 4º e 5º ano;
- que concordassem participar no estudo, tendo capacidade de compreender o mesmo.

Foram excluídos os pacientes:

- portadores de prótese total superior ou inferior;
- que não tiveram as suas próteses confeccionadas na consulta de CRO da Clínica Dentária do ISCSEM;
- que não concordassem participar no estudo.

Instrumento de determinação da QVRSO

Aos indivíduos que constituem a amostra foi aplicado a versão portuguesa do questionário OHIP-49. Esta foi traduzida e formulada pelo mesmo investigador que realizou o estudo. À nova versão foi atribuído o título “Fatores de Impacto na Saúde Oral” (Tabela 2).

Tabela 2. Fatores de Impacto na Saúde Oral, versão portuguesa do questionário Oral Health Impact Profile (OHIP-49).

Limitações Funcionais	1	Tem dificuldade em mastigar alguns alimentos devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese(s)?
	2	Tem dificuldade em pronunciar algumas palavras devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese(s)?
	3	Alguma vez reparou que algum dente não parecesse saudável?
	4	Sente que a sua aparência foi afetada por problemas com os seus dentes, boca ou prótese(s)?
	5	Sente mau hálito devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese(s)?
	6	Sente que o seu sentido de paladar tem piorado devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese(s)?
	7	Sente impactação/retenção de alimentos nos seus dentes ou prótese(s)?
	8	Sente que a sua digestão tem piorado devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese(s)?
	9	Sente que a(s) sua(s) prótese(s) não se encontra(m) bem adaptada(s)?
Dor Física	10	Alguma vez sentiu dores severas na sua boca?
	11	Alguma vez sentiu dores nos maxilares?
	12	Alguma vez sentiu dores de cabeça devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese(s)?
	13	Alguma vez sentiu sensibilidade dentária devido, por exemplo, a alimentos ou bebidas quentes ou frias?
	14	Alguma vez sentiu dor de dentes?
	15	Alguma vez sentiu dores nas gengivas?
	16	Alguma vez sentiu desconforto na mastigação de alimentos devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese(s)?
	17	Alguma vez sentiu zonas dolorosas na sua boca?
	18	Alguma vez sentiu desconforto relativamente a(s) sua(s) prótese(s)?
Desconforto Psicológico	19	Sente-se preocupado com os seus problemas dentários?
	20	Sente-se envergonhado por causa dos seus dentes, boca ou prótese(s)?
	21	Sente-se deprimido devido aos seus problemas dentários?
	22	Sente-se desconfortável com a estética dos seus dentes, boca ou prótese(s)?
	23	Sente-se tenso devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese(s)?

Incapacidade Física	24	Sente que o seu discurso não é claro devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese(s)?
	25	Sente que as pessoas não entendem algumas palavras que diz devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese(s)?
	26	Sente que a sua comida tem menos sabor devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese(s)?
	27	Sente que não consegue escovar os seus dentes adequadamente devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese(s)?
	28	Alguma vez evitou determinados alimentos devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese(s)?
	29	Sente que a sua dieta é insatisfatória devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese(s)?
	30	Sente-se impossibilitado de comer com a(s) sua(s) prótese(s) devido a problemas com as mesmas?
	31	Evita sorrir devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese(s)?
	32	Alguma vez sentiu necessidade de interromper refeições devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese(s)?
Incapacidade Psicológica	33	Tem tido interrupções no sono devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese(s)?
	34	Sente-se perturbado devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese(s)?
	35	Sente dificuldade em descontrair devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese(s)?
	36	Sente-se deprimido/a devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese(s)?
	37	Sente que a sua capacidade de concentração tem sido afetada por problemas com os seus dentes, boca ou prótese(s)?
	38	Sente-se envergonhado devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese(s)?
Incapacidade Social	39	Tem evitado sair de casa devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese(s)?
	40	Sente que tem menos tolerância para com o seu cônjuge ou família devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese(s)?
	41	Sente dificuldade em relacionar-se com outras pessoas devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese(s)?
	42	Sente-se facilmente irritável por outras pessoas devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese(s)?
	43	Tem tido dificuldade em realizar as suas atividades diárias usuais devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese(s)?
Qualidade de Vida	44	Sente que o seu estado de saúde geral tem piorado devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese(s)?
	45	Alguma vez sentiu dificuldades financeiras devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese(s)?

46	Sente dificuldade em desfrutar da companhia de outras pessoas devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese(s)?
47	Sente que a sua vida no geral é menos satisfatória devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese(s)?
48	Sente-se completamente incapaz de raciocinar devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese(s)?
49	Sente-se incapaz de trabalhar na sua plena capacidade devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese(s)?

O questionário foi realizado em forma de entrevista pessoal, e os dados registados em questionários em formato papel (Figura 1), não sendo necessário que o entrevistado soubesse ler ou escrever. A entrevista foi realizada sempre pelo mesmo investigador.

Antes da realização do questionário foi explicado a cada indivíduo o âmbito e o objetivo da investigação e solicitado o preenchimento da declaração de consentimento informado (Anexo 1). A participação foi voluntária e o indivíduo era livre de abandonar a investigação se assim o desejasse, a qualquer momento, sem qualquer tipo de prejuízo. A confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos foi garantida, destinando-se unicamente para tratamento estatístico e publicação.

Foi obtida aprovação ética do tema pela Comissão de Ética da Egas Moniz – Cooperativa de Ensino Superior, antes do início da investigação (Anexo 2).



Figura 1 - Entrevista de aplicação do questionário.

Estudo estatístico dos dados

A análise efetuada foi elaborada através da utilização do software Microsoft Excel 2016® e IBM SPSS Statistics versão 24®.

Foi realizada uma análise descritiva e inferencial dos dados e elaboradas tabelas para melhor visualização dos resultados obtidos.

Foram efetuadas as distribuições de frequências de todas as variáveis em estudo, analisada a distribuição da variável “índice OHIP” na globalidade, bem como dos sete domínios que o compõem, cruzando-as com as categorias de todas as outras variáveis.

Foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman para avaliar a correlação entre duas variáveis.

Adicionalmente, foram utilizados como testes de hipóteses os testes não paramétricos de Mann-Whitney, com o intuito de detetar diferenças entre dois grupos, e de Kruskal-Wallis, para comparar mais de dois grupos.

O nível de significância aplicado é de 5% ($p=0,05$), sendo este o valor de probabilidade determinado como o limite mínimo a partir do qual se considera a hipótese nula.

III. Resultados

Constituição e Caracterização da Amostra

Do total de pacientes observados (N=22), 59,09% (N=13) são do género feminino e 40,91% (N=9) são do género masculino (Figura 2 e Tabela 3), com idades que variam entre 38 e 84, sendo a média de idades de 64,8 (Tabela 4). 36,36% (N=8) dos indivíduos apresenta idade igual ou inferior a 60 anos, enquanto 63,64% (N=14) apresenta mais de 60 anos (Figura 3 e Tabela 5).

Dos pacientes observados 81,82% (N=18) são portadores de PPR Acrílica na Arcada Superior, 52,40% (N=11) são portadores de PPR Acrílica na Arcada Inferior, 18,18% (N=4) são portadores de PPR Esquelética (CrCo) na Arcada Superior e 47,60% (N=10) são portadores de PPR Esquelética (CrCo) na Arcada Inferior (Figura 4 e Tabela 6).

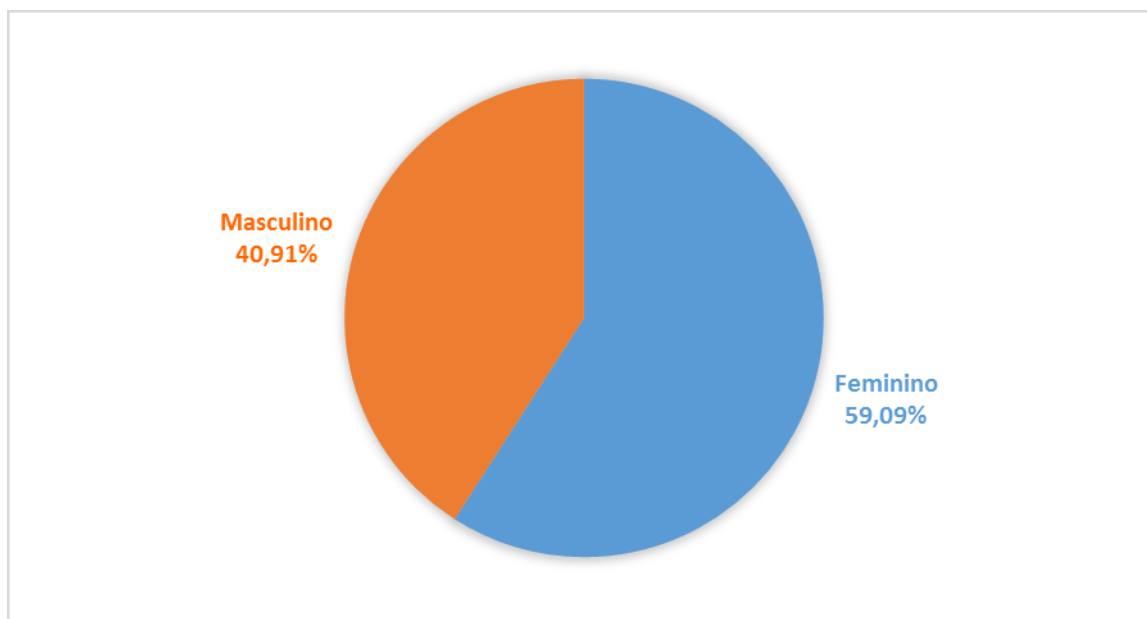


Figura 2 - Distribuição da amostra por género.

Tabela 3. Distribuição da amostra por género (N=22).

Género	N	%
Feminino	13	59,09
Masculino	9	40,91

Legenda: N - número de indivíduos/ % - percentagem

Tabela 4. Distribuição da amostra por idade.

	N	Mínimo	Máximo	$\bar{x} \pm DP$
Idade (anos)	22	38	84	$64,8 \pm 13,00$

Legenda: N – número de indivíduos/ \bar{x} – média/ DP – Desvio Padrão

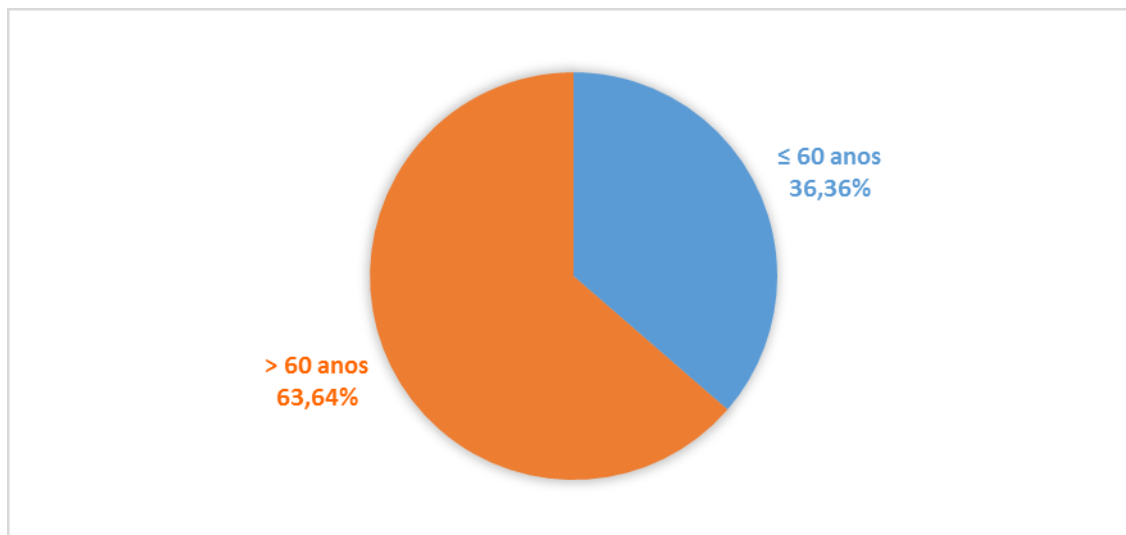


Figura 3 - Distribuição da amostra por faixa etária.

Tabela 5. Distribuição da amostra por faixa etária (N=22).

Faixa Etária	N	%
≤ 60 anos	8	36,36
> 60 anos	14	63,64

Legenda: N – número de indivíduos/ % - percentagem

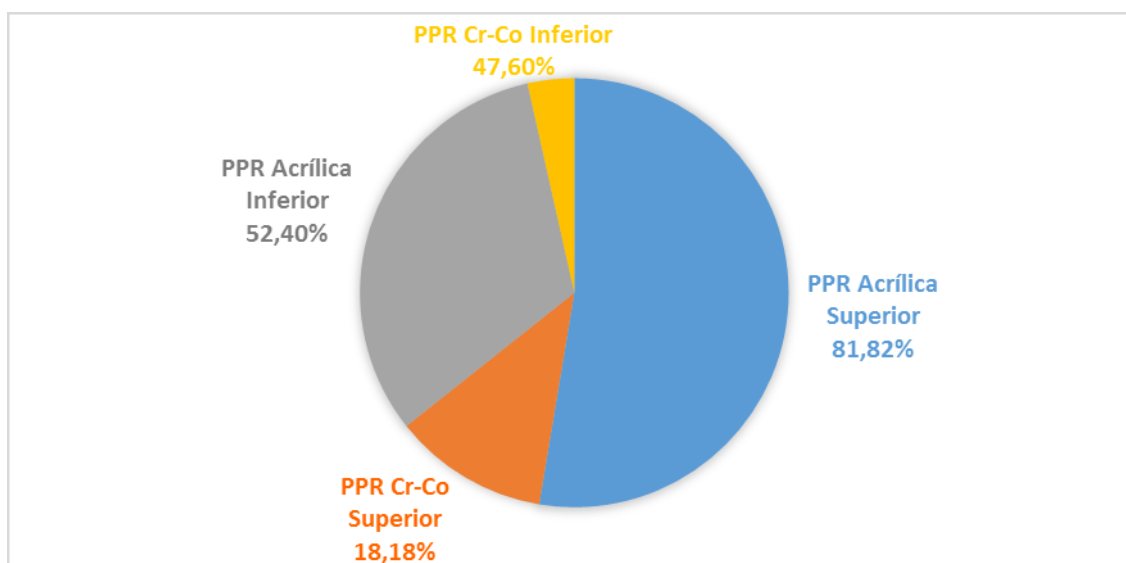


Figura 4 - Distribuição da amostra por tipo de reabilitação.

Tabela 6. Distribuição da amostra por tipo de reabilitação (N=22).

Tipo de Reabilitação		N	%
Arcada Superior	Prótese Acrílica	18	81,82
	Prótese Cr-Co	4	18,18
Arcada Inferior	Prótese Acrílica	11	52,40
	Prótese Cr-Co	10	47,60

Legenda: N – número de indivíduos/ % - percentagem

No que diz respeito à concomitância de tipo de reabilitação, nos indivíduos que constituem a amostra, é possível verificar que 50,00% (N=11) se encontram reabilitados apenas com próteses acrílicas, 18,18% (N=4) apenas com próteses esqueléticas e 31,82% (N=7) com ambos os tipos de reabilitação, ou seja, possuem prótese acrílica e prótese esquelética (Figura 5 e Tabela 7).

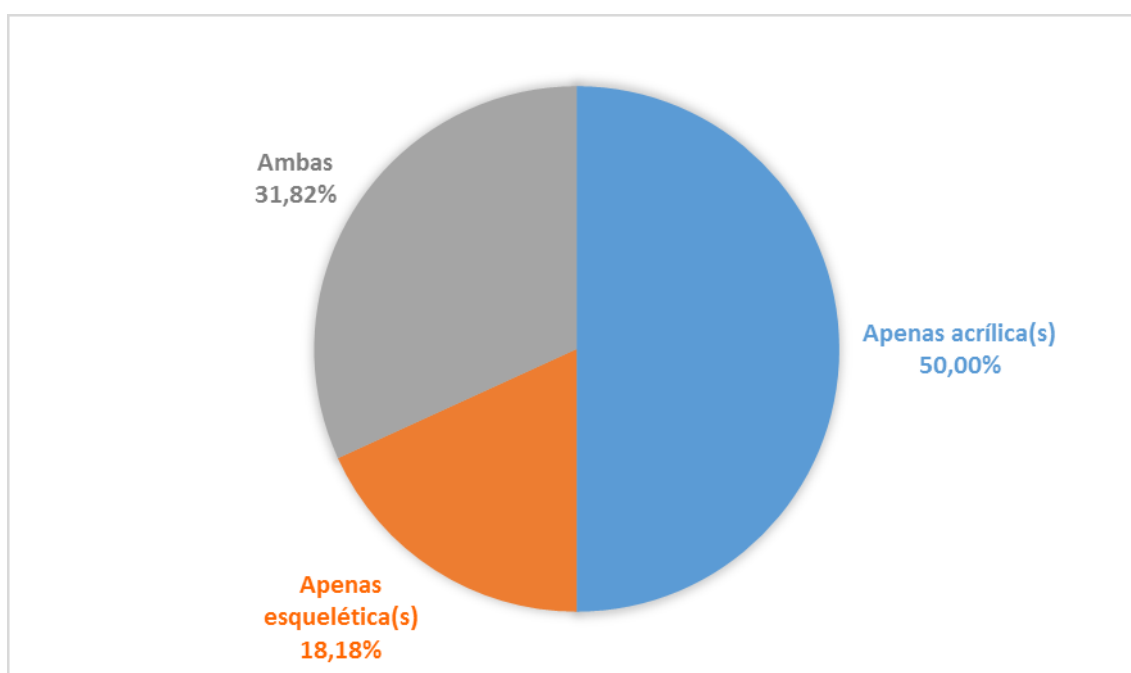
**Figura 5** - Distribuição da amostra por concomitância de tipo de reabilitação.

Tabela 7. Distribuição da amostra por concomitância de tipo de reabilitação (N=22).

Tipo de Reabilitação	N	%
Apenas acrílica(s)	11	50,00
Apenas esquelética(s)	4	18,18
Ambas	7	31,82

Legenda: N – número de indivíduos/ % - percentagem

É ainda possível verificar que a distribuição da amostra por tempo de utilização da PPR, até ao momento de aplicação do questionário, é de 40,91% (N=9) para pacientes que utilizaram a prótese durante um período inferior a 1 ano e superior a 2 anos e 18,18% (N=4) para pacientes que utilizaram a prótese durante um período superior a 1 ano e inferior a 2 anos (Figura 6 e Tabela 8). O tempo de utilização varia entre 7 e 2858 dias, que corresponde respetivamente a 1 semana e aproximadamente 8 anos, com uma média de 795 ± 799 dias, ou seja, aproximadamente 2 anos.

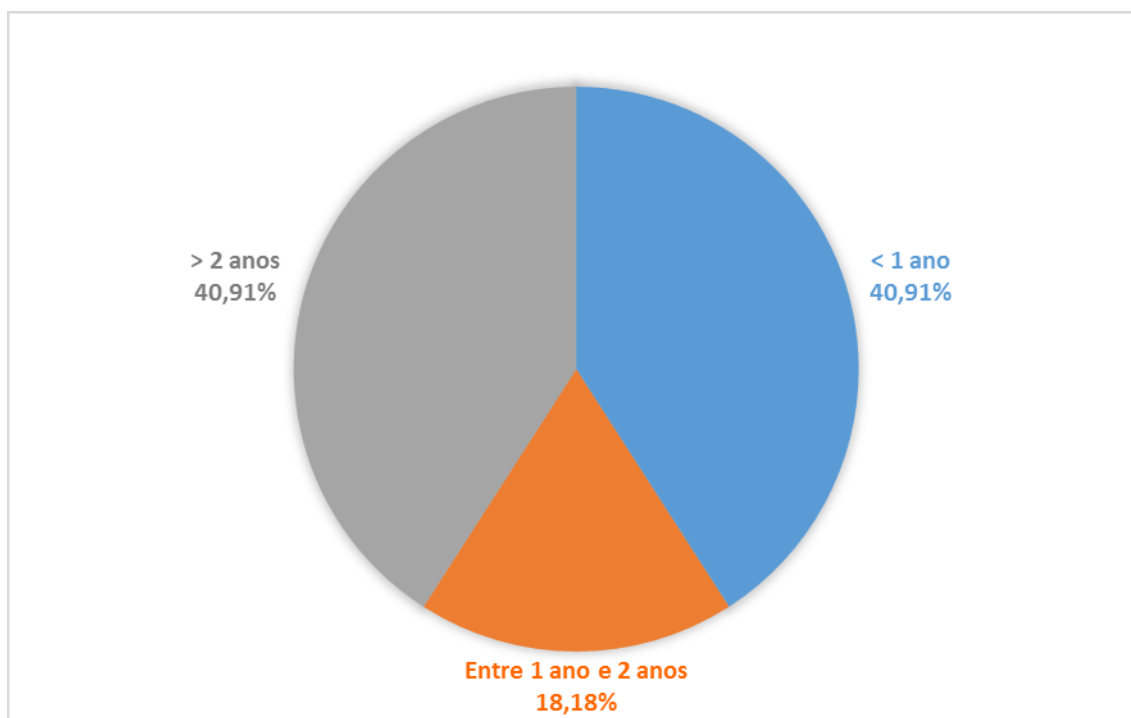


Figura 6 - Distribuição da amostra por tempo de utilização da PPR.

Tabela 8. Distribuição da amostra por tempo de utilização da PPR (N=22).

Tempo de Utilização	N	%
< 1 ano	9	40,91
Entre 1 ano e 2 anos	4	18,18
> 2 anos	9	40,91

Legenda: N – número de indivíduos/ % - percentagem/ < - menor/ > - maior

Aplicação do questionário Fatores de Impacto na Saúde Oral

Índice OHIP

Após a aplicação do questionário Fatores de Impacto na Saúde Oral, os resultados obtidos na população estudada são os apresentados na Figura 7 e Tabela 9.

Foi calculado o índice OHIP para cada um dos indivíduos da amostra, através da soma das pontuações obtidas para cada uma das perguntas, verificando-se uma variação de valores entre 4 e 195, com uma média de $27,09 \pm 33,23$.

Por ordem decrescente, do domínio que apresenta, em média, maior pontuação, para o que apresenta menor pontuação apresentam-se:

- Domínio um, “Limitações Funcionais” ($\bar{x} = 8,18$);
- Domínio dois, “Dor Física” ($\bar{x} = 6,14$);
- Domínio quatro, “Incapacidade Física” ($\bar{x} = 4,91$);
- Domínio três, “Desconforto Psicológico” ($\bar{x} = 3,73$);
- Domínio sete, “Qualidade de Vida” ($\bar{x} = 2,09$);
- Domínio 5, “Incapacidade Psicológica” ($\bar{x} = 1,32$);
- Domínio 6, “Incapacidade Social” ($\bar{x} = 0,73$).

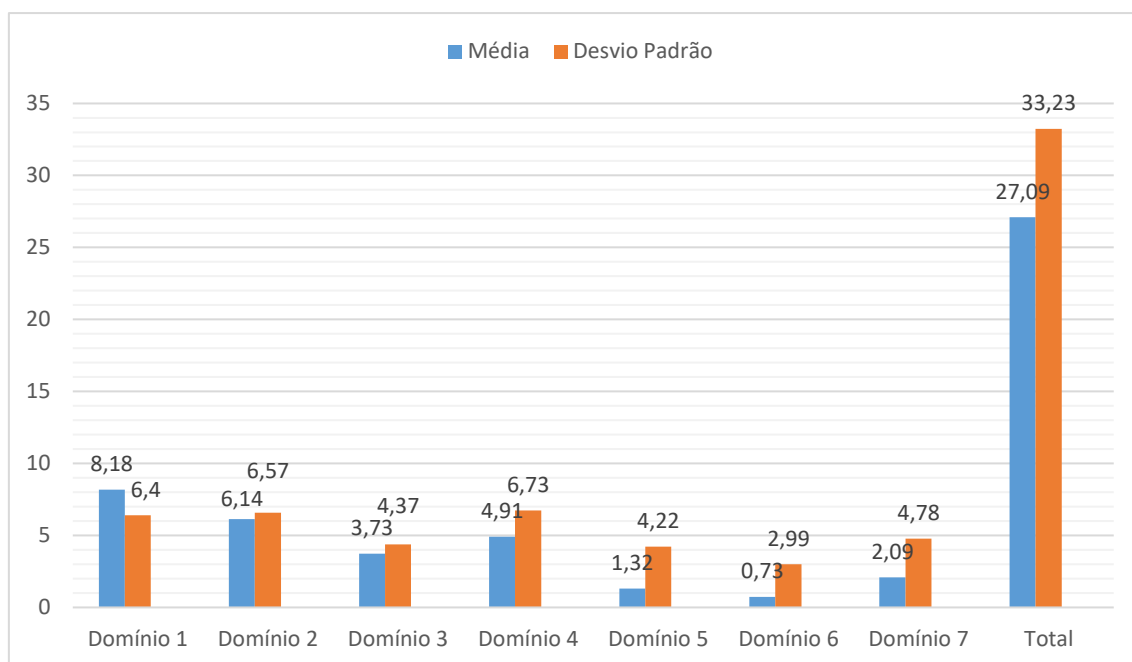


Figura 7 - Índice OHIP (soma).

Tabela 9. Índice OHIP (soma).

OHIP-49	N	Mínimo	Máximo	$\bar{x} \pm DP$
D1	22	2	32	8,18 \pm 6,40
D2	22	0	28	6,14 \pm 6,57
D3	22	0	18	3,73 \pm 4,37
D4	22	0	32	4,91 \pm 6,73
D5	22	0	19	1,32 \pm 4,22
D6	22	0	14	0,73 \pm 2,99
D7	22	0	22	2,09 \pm 4,78
Total	22	4	165	27,09 \pm 33,23

Legenda: N – número de indivíduos/ \bar{x} – média/DP – desvio padrão/ D – domínio

Relativamente à prevalência que, como já foi referido anteriormente, é representada pela percentagem de pessoas que relatam, em uma ou mais questões, as respostas “quase sempre” ou “sempre”, foi obtida uma percentagem de 77,27%, representando um total de 17 participantes.

Tabela 10. Índice OHIP (frequência de resposta).

Domínios	Nº da questão	N	Respostas					Frequência das respostas 3 e 4 (%)
			0 “nunca”	1 “quase nunca”	2 “às vezes”	3 “quase sempre”	4 “sempre”	
Limitações Funcionais	1	22	8	1	10	1	2	14
	2	22	15	2	3	1	1	9
	3	22	10	3	8	1	0	5
	4	22	17	1	1	1	2	14
	5	22	20	0	1	0	1	5
	6	22	18	0	2	2	0	9
	7	22	1	2	8	7	4	50
	8	22	20	0	1	0	1	5
Dor Física	9	22	14	1	4	1	2	14
	10	22	15	2	5	0	0	0
	11	22	16	3	1	2	0	9
	12	22	19	0	3	0	0	0
	13	22	11	2	6	3	0	14
	14	22	14	2	6	0	0	0
	15	22	14	6	1	0	1	5
	16	22	9	3	9	0	1	5
Desconforto Psicológico	17	22	16	1	4	0	1	5
	18	22	13	3	4	0	2	9
	19	22	8	0	6	2	6	36
	20	22	18	1	1	0	2	9
	21	22	17	1	3	1	0	5
Incapacidade Física	22	22	17	3	0	1	1	9
	23	22	18	0	3	0	1	5
	24	22	17	1	3	1	0	5
	25	22	18	1	2	1	0	5
	26	22	17	1	2	1	1	9
	27	22	17	1	3	1	0	5
	28	22	12	1	6	1	2	14
	29	22	15	2	4	0	1	5
	30	22	19	0	2	0	1	5
	31	22	21	0	0	0	1	5
Incapacidade Psicológica	32	22	13	3	4	1	1	9
	33	22	22	0	0	0	0	0
	34	22	20	0	1	0	1	5
	35	22	20	0	1	1	0	5
	36	22	21	0	0	0	1	5
	37	22	19	0	2	0	1	5
Incapacidade Social	38	22	20	0	1	0	1	5
	39	22	21	0	0	1	0	5
	40	22	21	1	0	0	0	0
	41	22	20	0	1	0	1	5
	42	22	21	0	0	0	1	5
Qualidade de Vida	43	22	21	0	1	0	0	0
	44	22	20	1	0	1	0	5
	45	22	12	2	6	1	1	9
	46	22	21	0	0	0	1	5
	47	22	19	1	0	0	2	9
	48	22	21	0	0	0	1	5
	49	22	21	0	0	0	1	5

Legenda: N – número de indivíduos/ % - percentagem

Na tabela 10 é possível verificar, para cada um dos domínios, em que perguntas foram obtidas com mais frequência as respostas “quase sempre” ou “sempre”:

- No domínio um, 50% (N=11) dos indivíduos respondeu “quase sempre” ou “sempre” à pergunta “Sente impacto/retenção de alimentos nos seus dentes ou prótese(s)?”, e 14% (N=3) deu a mesma resposta às perguntas “Tem dificuldade em mastigar alguns alimentos...?”, “Sente que a sua aparência foi afetada...” e “Sente que a(s) sua(s) prótese(s) não se encontra(m) bem adaptada(s)?”.
- No domínio dois, 14% (N=3) dos indivíduos respondeu “quase sempre” ou “sempre” à pergunta “Alguma vez sentiu sensibilidade dentária...?”.
- No domínio três, 36% (N=8) dos indivíduos respondeu “quase sempre” ou “sempre” à pergunta “Sente-se preocupado com os seus problemas dentários?”.
- No domínio quatro, 14% (N=3) dos indivíduos respondeu “quase sempre” ou “sempre” à pergunta “Alguma vez evitou determinados alimentos...?”.
- No domínio cinco a frequência foi igual para a maior parte das perguntas que constituem a categoria, 5% (N=1), exceto para a pergunta “Tem tido interrupções no sono...?” a qual apenas obteve a resposta “nunca”. As restantes perguntas relacionam-se com o impacto psicológico no paciente da presença de prótese, como “sentir-se perturbado”, “sentir dificuldade em descontraír”, sentir-se deprimido”, “sentir que a capacidade de concentração tem sido afetada” e “sentir-se envergonhado”.
- No domínio seis verifica-se a mesma situação anteriormente referida, verificando-se que a frequência das respostas “quase sempre” ou “sempre” é igual para a maioria das perguntas, 5% (N=1), exceto para as perguntas “Sente que tem menos tolerância para com o seu cônjuge ou família...?” e “Tem tido dificuldade em realizar as suas atividades diárias usuais...?”, as quais apenas obtiveram a resposta “nunca”. As restantes perguntas relacionam-se com o impacto social que a utilização de prótese tem no dia-a-dia do paciente como “evitar sair de casa”, “sentir dificuldade em relacionar-se com outras pessoas” e “sentir-se facilmente irritável por outras pessoas”.

- No domínio sete, 9% (N=2) dos indivíduos respondeu “quase sempre” ou “sempre” às perguntas “Alguma vez sentiu dificuldades financeiras...?” e “Sente que a sua vida no geral é menos satisfatória...?”.

Apesar dos dados anteriormente referidos, a resposta mais frequentemente registada para qualquer uma das perguntas que constituem o questionário é “nunca” (Tabela 10).

Através da observação da tabela é também possível ordenar as questões do questionário OHIP-49, de modo a verificar quais os problemas mais frequentemente experienciados pelos participantes. Desse modo, de acordo com a frequência de respostas “quase sempre” ou “sempre” registadas, apresenta-se, na forma decrescente, a seguinte enumeração:

- com 50% (N=11) a questão 7;
- com 36% (N=8) a questão 19;
- com 14% (N=3) as questões 1, 4, 9, 13 e 28;
- com 9% (N=2) as questões 2, 6, 11, 18, 20, 22, 26, 32, 45 e 47.

As restantes questões apresentam frequência de apenas 5% (N=1) ou 0% (N=0) e por essa razão não foram consideradas relevantes.

Relação entre a QVRSO e as variáveis em estudo

Idade

Tabela 11. Relação entre a QVRSO e a idade.

		D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	Total
Idade	Coeficiente de correlação de Spearman (ρ)	-0,38	-0,19	-0,51	-0,34	-0,45	-0,48	-0,27	-0,43
	p	0,08	0,38	0,02*	0,12	0,03*	0,03*	0,22	0,04*

Legenda: D – domínio/ p – nível de significância/ * - estatisticamente significativo

Através da utilização do Coeficiente de Correlação de Spearman é possível verificar que existe uma correlação moderada, de ordem inversa, entre a idade e os domínios três, cinco e seis, que correspondem respetivamente as categorias “Desconforto Psicológico”, “Incapacidade Psicológica” e “Incapacidade Social”, bem como com o valor total do índice OHIP ($\rho = -0,51$, $\rho = -0,45$, $\rho = -0,48$ e $\rho = -0,43$, respetivamente), que se apresenta como estatisticamente significativa ($p < 0,05$) (Tabela 11). A relação entre a idade e os restantes domínios não se mostrou estatisticamente significativa.

Faixa Etária

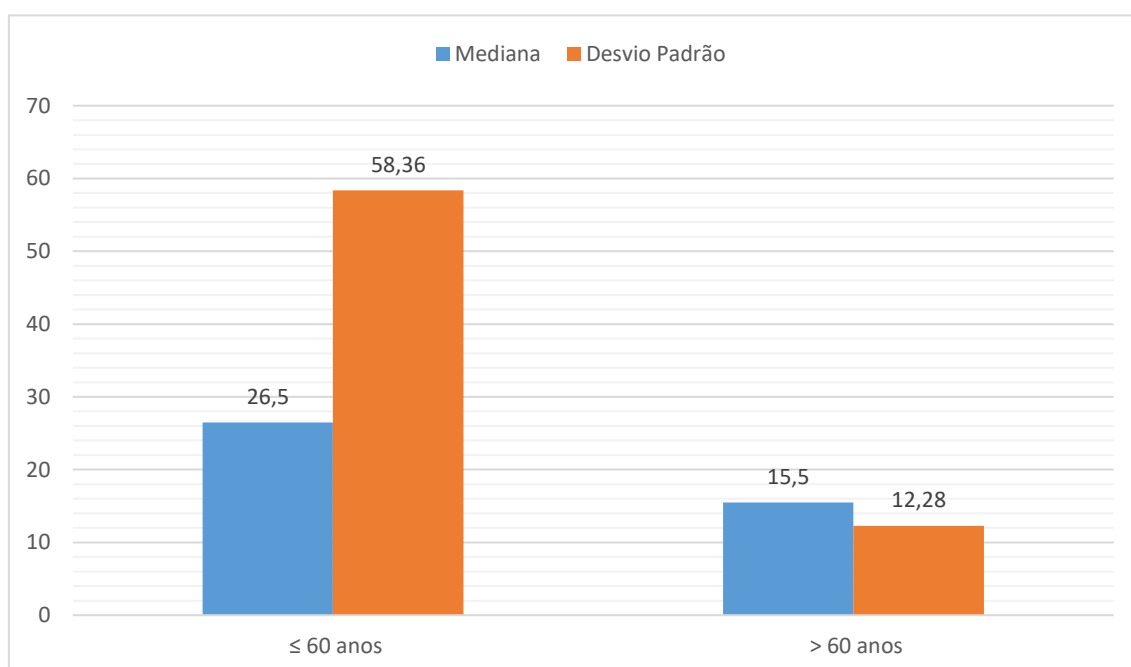


Figura 8 - Relação entre a QVRSO e a faixa etária.

Tabela 12. Relação entre a QVRSO e a faixa etária.

Faixa Etária	N	%	$\tilde{x} \pm DP$	p (Mann-Whitney)
≤ 60 anos	8	36,36	26,50 ± 58,36	0,14
> 60 anos	14	63,64	15,50 ± 12,28	

Legenda: N – número de indivíduos/ % - percentagem/ \tilde{x} – mediana/ DP – desvio padrão/ p – nível de significância/ ≤ - menor ou igual/ > - maior

Aquando da divisão da variável idade em faixas etárias, tal como representado na Figura 8 e Tabela 12, é possível verificar que em indivíduos com uma idade igual ou inferior a 60 anos a mediana obtida no índice OHIP é superior ($\tilde{x} = 48,83$) à apresentada em indivíduos com idades superiores aos 60 anos ($\tilde{x} = 18,94$). No entanto, a diferença observada entre os grupos etários não é considerada estatisticamente significativa ($p = 0,14$).

Gênero

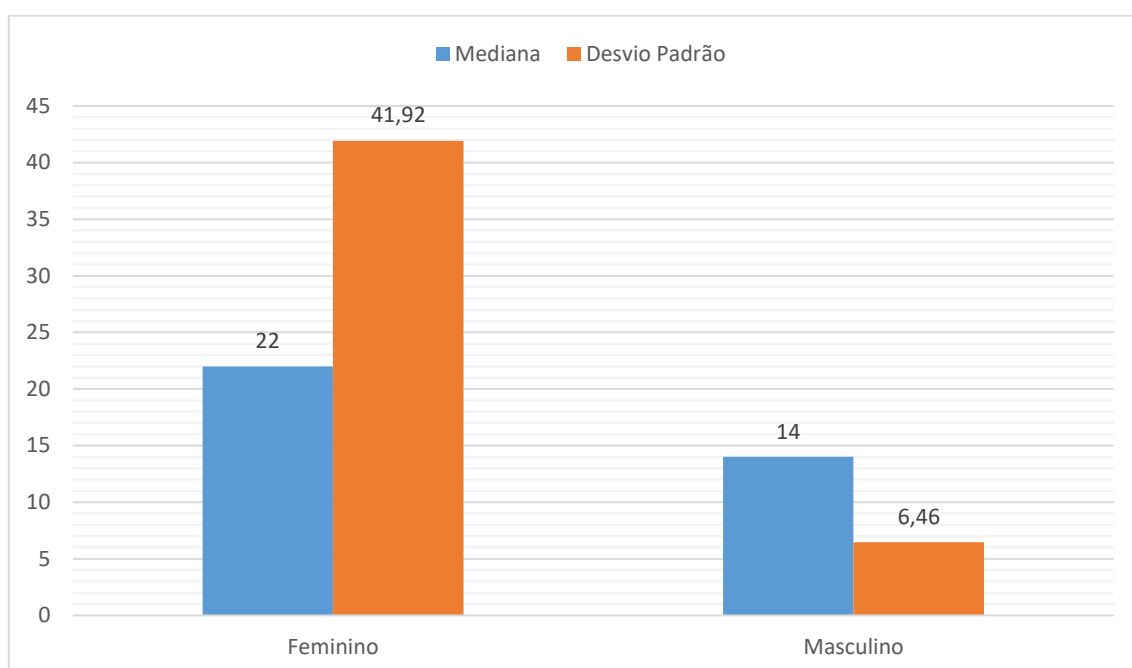


Figura 9 - Relação entre a QVRSO e o gênero.

Tabela 13. Relação entre a QVRSO e o gênero.

Gênero	N	%	$\tilde{x} \pm DP$	p (Mann-Whitney)
Feminino	13	59,09	$22,00 \pm 41,92$	0,24
Masculino	9	40,91	$14,00 \pm 6,46$	

Legenda: F – feminino/ M – masculino/ N – número de indivíduos/ \tilde{x} – mediana/ DP – desvio padrão/ p – nível de significância

Quando comparadas as medianas obtidas no questionário OHIP entre diferentes géneros verifica-se que as mulheres apresentam pontuações mais elevadas ($\tilde{x} = 22,00$) do que os homens ($\tilde{x} = 14,00$). No entanto, a diferença observada entre os géneros não é considerada estatisticamente significativa ($p = 0,24$) (Figura 9 e Tabela 13).

Tipo de Reabilitação

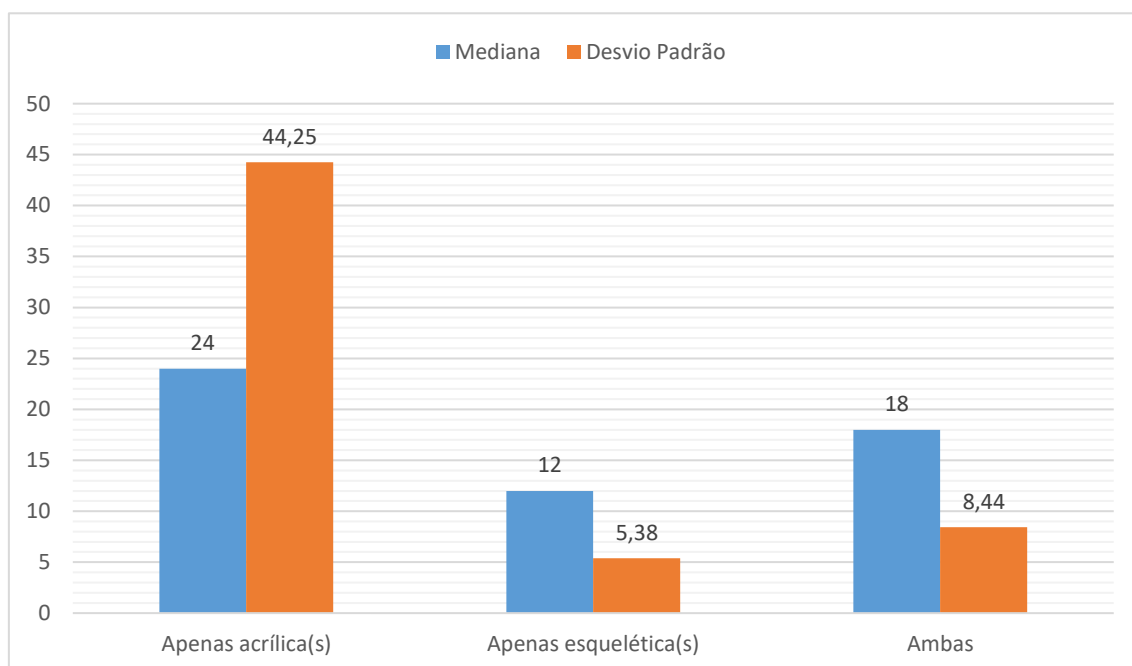


Figura 10 - Relação entre a QVRSO e o tipo de reabilitação.

Tabela 14. Relação entre a QVRSO e o tipo de reabilitação.

Tipo de Reabilitação	N	%	$\tilde{x} \pm DP$	p (Kruskal-Wallis)
Apenas acrílica(s)	11	50,00	24,00 \pm 44,25	0,06
Apenas esquelética(s)	4	18,18	12,00 \pm 5,38	
Ambas	7	31,82	18,00 \pm 8,44	

Legenda: N – número de indivíduos/ % - percentagem/ \tilde{x} – mediana/ DP – desvio padrão/ p – nível de significância

Relativamente ao tipo de reabilitação é possível verificar que indivíduos com próteses apenas acrílicas apresentam mediana mais alta ($\tilde{x} = 24,00$) quando comparadas com os indivíduos que possuem ambos os tipos de reabilitação ($\tilde{x} = 18,00$). É possível ainda verificar que indivíduos com reabilitação apenas esquelética apresentam as pontuações mais baixas ($\tilde{x} = 12,00$). No entanto, a diferença observada entre os vários tipos de reabilitação não é considerada estatisticamente significativa ($p = 0,06$) (Figura 10 e Tabela 14).

Tempo de Utilização

Tabela 15. Relação entre a QVRSO e o tempo de utilização.

		D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	Total
Tempo de Utilização	Coeficiente de correlação de Spearman (ρ)	0,11	0,09	0,26	-0,21	0,01	0,22	0,29	0,08
	p	0,61	0,68	0,25	0,36	0,98	0,32	0,18	0,72

Legenda: D – domínio/ p – nível de significância

Através da utilização do Coeficiente de Correlação de Spearman é possível verificar que não existe correlação estatisticamente significativa entre o tempo de utilização da prótese e a QVRSO dos pacientes ($p > 0,05$) (Tabela 15).

Intervalos de Tempo de Utilização

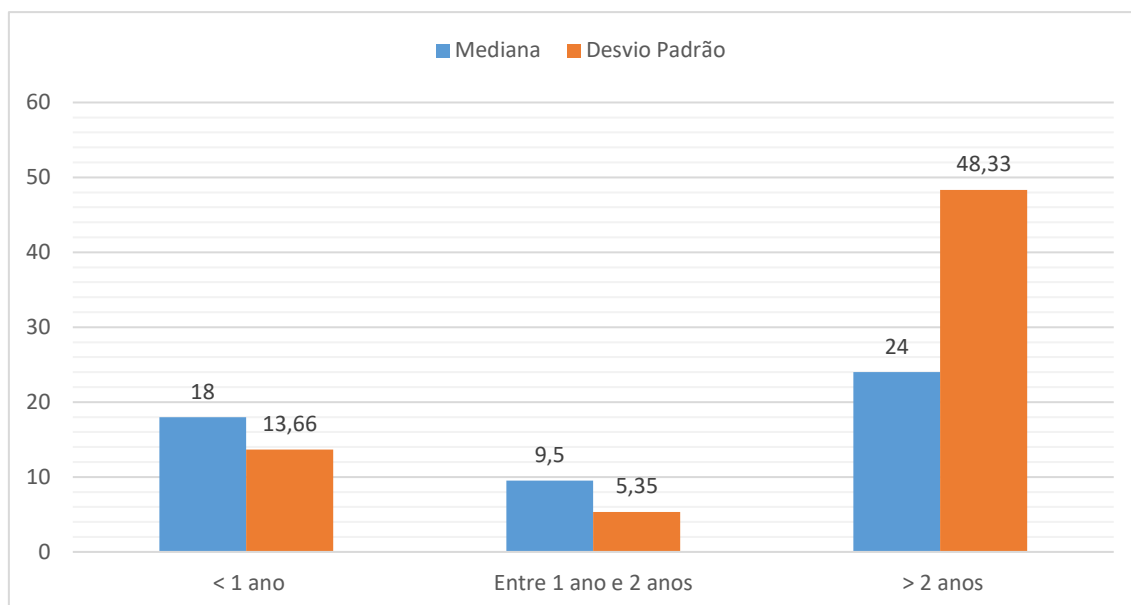


Figura 11 - Relação entre a QVRSO e o intervalo de tempo de utilização.

Tabela 16. Relação entre a QVRSO e o intervalo de tempo de utilização.

Intervalo de Tempo de Utilização	N	%	$\tilde{x} \pm DP$	p (Kruskal-Wallis)
< 1 ano	9	40,91	18,00 \pm 13,66	0,03*
Entre 1 ano e 2 anos	4	18,18	9,50 \pm 5,35	
> 2 anos	9	40,91	24,00 \pm 48,33	

Legenda: N – número de indivíduos/ % - percentagem/ \tilde{x} – mediana/ DP – desvio padrão/ p – nível de significância/ < - menor/ > - maior/ * - estatisticamente significativo

Numa diferente abordagem, na qual se procedeu à divisão do tempo de utilização nos períodos representados na Figura 11 e Tabela 16, é possível verificar que a mediana do índice OHIP diminui do primeiro grupo ($\tilde{x} = 18,00$) para o segundo grupo ($\tilde{x} = 9,50$) (tempo de utilização inferior a 1 ano e tempo de utilização entre 1 ano e 2 anos, respetivamente). A situação contrária verificou-se do segundo para o terceiro grupo ($\tilde{x} = 24,00$), onde se observa um aumento da mediana para pacientes com tempo de utilização

superior a 2 anos. A diferença observada entre os diferentes intervalos de tempo é considerada estatisticamente significativa ($p = 0,03$).

Relação entre as variáveis em estudo e os sete domínios do questionário Fatores de Impacto em Saúde Oral

Tabela 17. Relação entre as variáveis em estudo e os domínios 1 – 4.

Variáveis		N	D1		D2		D3		D4	
			\bar{x} DP	p	\bar{x} DP	p	\bar{x} DP	p	\bar{x} DP	p
Faixa Etária	≤ 60 anos	8	7,00 ± 10,61	0,46	6,00 ± 9,60	0,18	7,50 ± 6,49	0,10	5,00 ± 11,57	0,28
	> 60 anos	14	6,50 ± 3,79		3,00 ± 4,97		2,00 ± 2,48		2,50 ± 3,31	
Género	F	13	8,00 ± 7,75	0,19	4,00 ± 8,01	0,81	4,00 ± 5,19	0,16	6,00 ± 8,25	0,25
	M	9	6,00 ± 2,76		4,00 ± 3,76		2,00 ± 1,56		2,00 ± 2,98	
Tipo de reabilitação	Apenas acrílica(s)	11	9,00 ± 8,26	0,13	5,00 ± 8,41	0,28	4,00 ± 5,34	0,22	6,00 ± 8,68	0,18
	Apenas esquelética(s)	4	3,00 ± 2,83		3,00 ± 1,73		1,50 ± 1,71		2,50 ± 1,71	
	Ambas	7	7,00 ± 2,29		5,00 ± 3,21		2,00 ± 2,61		2,00 ± 3,70	
Intervalos de Tempo de Utilização	< 1 ano	9	5,00 ± 3,98	0,67	4,00 ± 5,72	0,07	2,00 ± 3,03	0,01*	6,00 ± 3,67	0,28
	Entre 1 ano e 2 anos	4	6,00 ± 1,63		1,50 ± 1,71		0 ± 0,50		1,50 ± 1,71	
	> 2 anos	9	7,00 ± 9,08		7,00 ± 7,99		4,00 ± 5,17		3,00 ± 9,86	

Legenda: N - número de indivíduos/ \bar{x} – mediana/ DP – desvio padrão/ p – nível de significância/ ≤ - menor ou igual/ > - maior/ < - menor/ F – feminino/ M - masculino/ * - estatisticamente significativo

As diferenças estatisticamente significativas, anteriormente encontradas relativamente ao tempo de utilização, verificam-se na tabela 17 mais especificamente no domínio 3, que corresponde à categoria “Desconforto Psicológico” ($p = 0,01$). Neste domínio, indivíduos portadores de PPR há mais de dois anos apresentam maior pontuação ($4,00 \pm 5,17$), seguindo-se o grupo de indivíduos portadores de PPR há menos de 1 ano ($2,00 \pm 3,03$), e por fim os indivíduos portadores de PPR no período de tempo entre 1 e 2 anos, inclusive, apresentando a mediana mais baixa ($0 \pm 0,50$).

Tabela 18. Relação entre as variáveis em estudo e os domínios 5 – 7.

Variáveis		N	D5		D6		D7	
			$\tilde{x} \pm DP$	p	$\tilde{x} \pm DP$	p	$\tilde{x} \pm DP$	p
Faixa Etária	≤ 60 anos	8	0 $\pm 7,65$	0,08	0 $\pm 5,61$	0,02*	2,00 $\pm 8,52$	0,12
	> 60 anos	14	0 $\pm 1,00$		0		0,50 $\pm 0,86$	
Género	F	13	0 $\pm 5,39$	0,13	0 $\pm 3,88$	0,23	1,00 $\pm 6,13$	0,78
	M	9	0		0		1,00 $\pm 0,93$	
Tipo de reabilitação	Apenas acrílica(s)	11	0 $\pm 5,80$	-	0 $\pm 4,20$	-	1,00 $\pm 6,61$	0,81
	Apenas esquelética(s)	4	-		-		0,50 $\pm 0,96$	
	Ambas	7	-		-		1,00 $\pm 0,90$	
Intervalos de Tempo de Utilização	< 1 ano	9	0 $\pm 1,33$	0,51	-	0,22	0 $\pm 0,87$	0,05(1)
	Entre 1 ano e 2 anos	4	-		-		0 $\pm 0,50$	
	> 2 anos	9	0 $\pm 6,39$		0 $\pm 4,63$		2,00 $\pm 7,04$	

Legenda: N - número de indivíduos/ \tilde{x} – mediana/ DP – desvio padrão/ p – nível de significância/ \leq - menor ou igual/ > - maior/ < - menor/ F – feminino/ M – masculino/ * - estatisticamente significativo

É também possível observar a existência de uma diferença estatisticamente significativa em relação à faixa etária, para o domínio 6, que corresponde à categoria “Incapacidade Social”. Para este domínio, apenas se registam respostas positivas para indivíduos com idade inferior ou igual aos 60 anos (Tabela 18).

É possível observar também que, na maioria dos casos, a maior mediana é observada ao nível do domínio 1, que corresponde à categoria “Limitações Funcionais”.

IV. Discussão

O objetivo principal desta investigação era a avaliação da QVRSO dos indivíduos portadores de PPR, que procuraram consulta de CRO da Clínica Dentária do ISCSEM para a sua reabilitação, e quais os fatores que a influenciam.

Desse modo realizou-se um estudo quantitativo do tipo analítico, transversal e exploratório.

Um estudo quantitativo do tipo analítico é um estudo que utiliza variáveis representadas por valores numéricos, classificando-os e analisando-os estatisticamente, com o objetivo de avaliar as informações coletadas na tentativa de explicar a relação causa-efeito entre as variáveis. Este diferencia-se do estudo descritivo por possibilitar uma generalização para a população de onde foi retirada a amostra e extrair conclusões estatísticas pela utilização de testes de hipótese. Por outro lado, um estudo transversal e exploratório é um estudo em que todas as medições são feitas num momento único, não existindo período de seguimento dos indivíduos e onde existe o estabelecimento de critérios, métodos e técnicas para a elaboração de uma pesquisa, com a formulação de hipótese, visando uma primeira aproximação do pesquisador com o tema (Fontelles, Simões, Farias, & Fontelles, 2009).

Este foi também um estudo piloto, uma vez que foi efetuada uma aplicação inicial do questionário OHIP-49, traduzido para português de Portugal pela primeira vez, na população em causa. Em 2006, foi realizada por Pires, Ferraz e Abreu a tradução, adaptação cultural e validação do mesmo questionário para português do Brasil.

Neste estudo foi utilizada uma amostra de 22 indivíduos ($n=22$), portadores de PPR e que procuraram a Clínica Dentária do ISCSEM para a reabilitação protética.

Idealmente a população estudada seriam todos os indivíduos portadores de PPR que frequentam a consulta de CRO na Clínica Dentária do ISCSEM. No entanto, devido a essa população constituir um número elevado de indivíduos, o que iria requerer tempo e recursos que muitas vezes são limitados, o estudo de todos esses indivíduos é dificultado, levando à necessidade de criação de uma amostra (Marotti et al., 2008).

Na validação e adaptação cultural do questionário OHIP para as diversas línguas anteriormente referidas, nomeadamente brasileiro, sueco, alemão e chinês foram utilizadas amostras de 60, 147, 516 e 586 indivíduos, respetivamente (John et al., 2002; Larsson et al., 2004; Pires et al., 2006; Wong et al., 2002). Para o estudo em causa foi utilizada uma amostra pequena, constituída por 22 indivíduos, por se tratar de um estudo piloto da tradução do questionário para português.

A abordagem dos pacientes foi feita nas consultas da CRO, de forma direta, constituindo-se uma amostra por conveniência ou accidental, uma vez que o investigador escolhe os elementos da amostra através da sua comparência na consulta, admitindo que estes possam representar a população geral.

A limitação no tempo foi o principal motivo para a escolha deste tipo de amostragem não-probabilística, que é “usada quando não se conhecem o tamanho do universo e os indivíduos são selecionados através de critérios subjetivos do pesquisador” (Marotti et al., 2008).

Constituição e Caracterização da Amostra

Dos 22 pacientes que constituem a amostra estudada, 13 (59,09%) eram do género feminino e 9 (40,90%) eram do género masculino, verificando-se assim uma amostra maioritariamente constituída por indivíduos do género feminino.

Esta distribuição da população estudada, com predominância do género feminino, é a relação que mais frequentemente se observa em estudos anteriormente realizados e pode dever-se ao facto de a esperança de vida do género feminino ser maior que a verificada para o género masculino. Na amostra estudada, em que a média de idades é de 65 anos, este facto pode influenciar a distribuição dos géneros (Areias, 2004; Fernandes, 1995).

O estudo de Areias (2004) revela ainda que as mulheres frequentam mais assiduamente consultas de medicina dentária, sendo sujeitas a um maior número de exodontias e sendo portadoras de próteses mais frequentemente que o género oposto.

Por outro lado, a idade dos indivíduos que constituem a amostra varia entre os 38 e 84 anos, sendo a média de idades de 64,8. A média de idades encontrada é semelhante a outros estudos que, à semelhança desta investigação, recrutaram a sua amostra de entre

pacientes frequentadores de Clínicas Universitárias e Hospitais (Areias, 2004; Brunello & Mandikos, 1998; Özhayat & Gotfredsen, 2012; Zani et al., 2009).

Esta relação entre diferentes géneros e uma idade média de, aproximadamente, 64 anos, em indivíduos portadores de PPR, foi também encontrada num estudo realizado no Departamento de Reabilitação Oral da Faculdade de Medicina Dentária de Copenhaga (Özhayat & Gotfredsen, 2013).

Num estudo de Shaghaghian et al (2015), conduzido em 2012 na Shiraz Dental School, observa-se uma predominância de indivíduos do género feminino na amostra em estudo (61%), tal como uma prevalência de indivíduos com idade igual ou superior a 50 anos (55%).

Relativamente ao tipo de reabilitação, regista-se uma prevalência da reabilitação com prótese acrílica, tanto para a arcada superior (81,82%) como para a arcada inferior (52,40%). A reabilitação recorrendo apenas a próteses acrílicas é, também, a mais frequentemente encontrada para os indivíduos constituintes da amostra (50,00%), seguindo-se a reabilitação mista, recorrendo a ambos os tipos de prótese (31,82%) e, por fim, a reabilitação apenas esquelética (18,18%).

A prevalência do tipo de reabilitação com prótese acrílica é encontrada também num estudo de Fernandes (1995), realizado no Porto, numa amostra de 2293 indivíduos de 39 lares, onde das 302 próteses maxilares analisadas, 96,03% eram acrílicas, 3,31% eram esqueléticas e 0,66% em vulcanite; e das 240 próteses mandibulares analisadas, 98,33% eram acrílicas e 1,67% eram esqueléticas. Esta relação pode dever-se, neste estudo, ao tipo de população estudada, que apresenta um nível socioeconómico mais baixo.

Em Gonçalves (2008), é também observada a presença de um maior número de prótese acrílicas. Neste estudo realizado na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, com uma amostra de 50 indivíduos portadores de próteses dentárias removíveis, apresentando uma média de idade aproximada da indicada nesta investigação, registou-se, na maxila, 22% de próteses totais, 51% de próteses acrílicas e 27% de próteses esqueléticas; e, na mandíbula, 26% de próteses totais, 45% de próteses acrílicas e 29% de próteses esqueléticas.

Quanto ao tempo de utilização foi possível verificar que a distribuição da amostra por tempo de utilização da PPR, até ao momento de aplicação do questionário, é de 40,9%

(N=9) para pacientes que utilizaram a prótese durante um período inferior a 1 ano e superior a 2 anos e 18,2% (N=4) para pacientes que utilizaram a prótese durante um período superior a 1 ano e inferior a 2 anos.

O tempo de utilização varia entre 7 e 2858 dias, que corresponde respetivamente a 1 semana e aproximadamente 8 anos, com uma média de 795 ± 799 , ou seja, aproximadamente 2 anos.

A mesma média de tempo de utilização da PPR de aproximadamente dois anos foi encontrada num estudo de Frank, Brudvik, Leroux, Milgrom e Hawkins (2000), realizado em pacientes apresentando uma média de idade semelhante à observada nesta investigação, 63,3 anos.

Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral

Índice OHIP

Após calculado o índice OHIP para cada um dos indivíduos da amostra, através da soma das pontuações obtidas para cada uma das perguntas, verificou-se uma variação de valores entre 4 e 195, com uma média de $27,09 \pm 33,23$.

Por sua vez, quando se observam os resultados obtidos, domínio a domínio, é possível ordená-los, por ordem decrescente, do domínio que apresenta, em média, maior pontuação (indicando uma menor QVRSO), para o que apresenta menor pontuação (indicando um maior QVRSO), representando, desse modo, a forma como cada domínio afeta a pontuação final, e, consequentemente, a QVRSO.

Assim, apresentam-se:

- Domínio um, “Limitações Funcionais”;
- Domínio dois, “Dor Física”;
- Domínio quatro, “Incapacidade Física”;
- Domínio três, “Desconforto Psicológico”;
- Domínio sete, “Qualidade de Vida”;
- Domínio 5, “Incapacidade Psicológica”;
- Domínio 6, “Incapacidade Social”.

Considerando-se o intervalo de pontuações possível para o questionário utilizado (0-196), a média do índice OHIP pode ser considerada baixa ($27,09 \pm 33,23$), significando uma Boa QVRSO, uma vez que se encontra no intervalo de 17-76.

Um resultado aproximado ao deste estudo foi obtido num estudo de Özhayat e Gotfredsen (2012), no qual foi aplicado o questionário OHIP-49 a pacientes tratados, quer com prótese fixa, quer com prótese parcial removível, antes e depois do tratamento reabilitador ser realizado. A média do índice OHIP encontrada por Özhayat e Gotfredsen (2012), após tratamento, foi de 28,4. Os pacientes portadores de PPR, no estudo em causa, apresentavam uma média de idade de 65,2, similar aos 64,8 do nosso estudo.

Diferindo um pouco do observado, no estudo de Özhayat e Gotfredsen (2013) foram encontradas pontuações médias do índice OHIP mais elevadas ($\bar{x} = 50,9$), situação que pode estar relacionada com a necessidade de substituição do tratamento reabilitador dos pacientes incluídos nesse estudo.

No entanto, apesar dos valores totais do índice OHIP, no que diz respeito à soma, indicarem uma QVRSO favorável a moderada, para os pacientes portadores de PPR, a prevalência de problemas relacionados com a utilização dessas mesmas próteses é considerável, observação que se encontra também presente em diversos artigos que utilizaram o índice OHIP como instrumento de medição da qualidade de vida de pacientes portadores de PPR (Shaghaghian et al., 2015; Visscher, Lobbezoo, & Schuller, 2014).

Após efetuado o cálculo da prevalência do índice OHIP, foi obtida uma percentagem de 77,27%, representando um total de 17 participantes.

Uma vez que a prevalência é representada pela percentagem de pessoas que relatam, em uma ou mais questões, as respostas “quase sempre” ou “sempre”, a sua interpretação, pode auxiliar na identificação de quais os problemas mais frequentemente sentidos pelos indivíduos constituintes da amostra.

Desse modo, foi possível ordenar por ordem decrescente as perguntas do questionário OHIP-49, tal como referido anteriormente, de acordo com a frequência de respostas “quase sempre” ou “sempre” registadas. Em seguida foram seleccionados os 10 problemas mais frequentemente reportados, pois estes indicam os aspetos que mais afetam a

qualidade de vida dos pacientes, os quais se encontram ordenados na tabela 19 (Özhayat & Gotfredsen, 2012, 2013).

Tabela 19. 10 problemas mais frequentemente reportados pelos pacientes portadores de PPR.

Número da questão	Enunciado da questão	Frequência (%)
7	Sente impactação/retenção de alimentos nos seus dentes ou prótese(s)?	50
19	Sente-se preocupado com os seus problemas dentários?	36
13	Alguma vez sentiu sensibilidade dentária devido, por exemplo, a alimentos ou bebidas quentes ou frias?	14
28	Alguma vez evitou determinados alimentos devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese(s)?	14
1	Tem dificuldade em mastigar alguns alimentos devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese(s)?	14
4	Sente que a sua aparência foi afetada por problemas com os seus dentes, boca ou prótese(s)?	14
9	Sente que a(s) sua(s) prótese(s) não se encontra(m) bem-adaptada(s)?	14
18	Alguma vez sentiu desconforto relativamente a(s) sua(s) prótese(s)?	9
20	Sente-se envergonhado por causa dos seus dentes, boca ou prótese(s)?	9
22	Sente-se desconfortável com a estética dos seus dentes, boca ou prótese(s)?	9

Legenda: % - percentagem

Em Özhayat e Gotfredsen (2013), apesar da ordem de frequência de cada um dos problemas experienciados ser diferente, com exceção de duas questões (31 e 21), os 10 problemas mais frequentemente reportados pelos pacientes portadores de PPR são os mesmos. Iniciando, com uma maior frequência, tal como na presente investigação, apresenta-se a questão 7, relativa à impactação/retenção de alimentos. Em seguida a questão 1, relativa às dificuldades de mastigação, seguindo-se as questões 19, 9, 4, 20, 18, 22, 31 e 21, que correspondem, respetivamente, à preocupação dos pacientes com os seus problemas dentários, adaptação das próteses, afetação da sua aparência, sentimento de vergonha, desconforto relativamente às próteses, desconforto relativamente à aparência, evitar sorrir e, por fim, sentir-se deprimido por problemas com a sua saúde oral.

No estudo de Al-Imam, Özhayat, Benetti, Pedersen e Gotfredsen (2016), no qual foi utilizado também o questionário OHIP-49 para avaliar a QVRSO em pacientes portadores de PPR, nas várias fases de tratamento, foram registadas, 1 a 2 meses após a colocação da PPR, as questões 7, 19, 20, 21, 13, 22, 4, 3, 23, 1 como indicadoras dos 10 problemas

mais frequentemente reportados. Por sua vez, na consulta de *follow-up*, 1 a 5 anos após a colocação da PPR, as questões 7, 1, 9, 24, 28, 13, 2, 18, 20, 12. As questões são aproximadamente as mesmas que foram registadas em estudos anteriores e na presente investigação.

É possível verificar que, à semelhança do observado nesta investigação, todos os itens descritos em ambos os artigos são relacionados com problemas funcionais, desconforto e incapacidade física, não sendo verificados problemas relativos à incapacidade psicológica e social, bem como com a qualidade de vida (Özhayat & Gotfredsen, 2013; Al-Imam et al., 2016).

Relação entre a QVRSO e as variáveis em estudo

Idade e Faixa Etária

Através da utilização do Coeficiente de Correlação de Spearman foi possível verificar que existe uma correlação moderada, de ordem inversa, estatisticamente significativa ($p < 0.05$), entre a idade e os domínios três, cinco e seis, e o valor total do índice OHIP, levando à aceitação da hipótese formulada.

Significa, neste caso, que indivíduos mais jovens (valores de idade menores) apresentam maiores pontuações ao nível dos domínios “Desconforto Psicológico”, “Incapacidade Psicológica” e “Incapacidade Social”, bem como do valor total do índice OHIP, indicando uma menor QVRSO destes pacientes portadores de PPR. Assim, pacientes mais jovens são mais afetados psicológica e socialmente pela perda de dentes e pela utilização de PPR.

Os dados encontrados estão em concordância com diversos estudos, nos quais pacientes com idades superiores apresentam, de facto, uma perceção mais positiva da sua saúde oral.

Em Özhayat e Gotfredsen (2013) foi igualmente encontrada uma correlação negativa significativa entre a idade e a pontuação do índice OHIP, para pacientes portadores de PPR, significando que pacientes mais velhos apresentam pontuações mais baixas.

Por sua vez, em Jenei et al. (2015) foi encontrada uma relação inversa, estatisticamente significativa, entre a variável idade e o valor total da pontuação do índice

OHIP, tal como verificado nesta investigação, bem como com a pontuação do domínio 7, “Qualidade de Vida”. Neste estudo foi utilizada também a versão completa do questionário OHIP.

No decorrer da investigação foi também efetuada a divisão da variável idade em faixas etárias, verificando-se a mesma situação. Indivíduos com uma idade igual ou inferior a 60 anos apresentam mediana de pontuação total do índice OHIP superior ($\tilde{x} = 26,50$) à apresentada em indivíduos com idades superiores aos 60 anos ($\tilde{x} = 15,50$). No entanto, esta diferença que se observa entre os grupos etários é verificada apenas para a amostra deste estudo, pois a diferença observada não é considerada estatisticamente significativa ($p = 0,14$), levando à rejeição da hipótese formulada.

Um estudo de Shaghaghian et al. (2015), no qual foi utilizado uma versão reduzida do questionário OHIP (OHIP-14), indica a existência de uma diferença significativa para diferentes faixas etárias, indicando que pacientes com idades iguais ou superiores a 50 anos apresentam valores de pontuação totais, em média, mais baixos, quando comparados com pacientes mais jovens.

Pacientes mais velhos têm mais experiência relacionada com a sua saúde oral, quer relacionada com a perda de dentes como com tratamentos reabilitadores anteriores, o que, para além de tornar o processo mais fácil, pode criar uma diminuição das expectativas destes pacientes no que toca aos seus tratamentos reabilitadores e à sua saúde oral, traduzindo-se num menor impacto na QVRSO do que em grupos mais jovens. A geração a que os participantes mais velhos pertencem pode também ter influência nas suas expectativas, sendo possível vir a verificar-se que, com a constante evolução dos cuidados de saúde, a geração mais jovem possua expectativas mais altas no futuro que as verificadas pelas populações mais idosas na atualidade. (Özhayat & Gotfredsen, 2013; Steele et al., 2004).

Género

Quando comparadas as medianas da pontuação obtidas no questionário OHIP entre géneros diferentes verificou-se que as mulheres apresentam pontuações mais elevadas ($\tilde{x} = 22,00$) do que os homens ($\tilde{x} = 14,00$).

No entanto, a diferença observada entre os gêneros é representativa apenas da amostra do estudo, uma vez que a sua relação não é considerada estatisticamente significativa ($p = 0.24$), levando à rejeição da hipótese formulada.

Foram encontradas pontuações do índice OHIP significativamente mais elevadas em indivíduos do gênero feminino em comparação com o gênero masculino, para pacientes portadores de PPR, nos estudos de Özhayat e Gotfredsen (2013) e Al-imam et al. (2016), em concordância com o observado nesta investigação.

No estudo de Shaghaghian et al. (2015), também não foi encontrada relação estatisticamente significativa entre a variável gênero e a QVRSO, apesar de, tal como verificado nesta investigação, o gênero feminino apresentar maiores pontuações totais que as apresentadas para os indivíduos do gênero masculino.

Desse modo, verifica-se que indivíduos do gênero feminino portadores de PPR apresentam uma QVRSO mais debilitada que indivíduos do gênero masculino. As mulheres apresentam maiores dificuldades em lidar com a perda de dentes e a sua consequente substituição por próteses dentária.

Tem sido estudado que a saúde oral adquire mais importância para a mulher, a nível da sua aparência, autoestima e qualidade de vida, do que para o gênero oposto. A influência da saúde oral na qualidade de vida das mulheres reflete-se em aspetos quer negativos como positivos, tal como determinado em McGrath e Bedi (2000). Como aspetos negativos, foram determinados como tendo uma influência significativa na diminuição da QVRSO a dor, vergonha e dificuldades financeiras causadas; e, como aspetos positivos, o melhoramento da qualidade de vida, humor, aparência e estado de saúde geral, têm uma influência significativa no aumento da QVRSO, quando comparados com os mesmos dados registados para indivíduos do gênero masculino.

Tipo de Reabilitação

Relativamente ao tipo de reabilitação foi possível verificar que indivíduos com próteses apenas acrílicas apresentam pontuações mais altas ($\bar{x} = 24,00$), seguindo-se os indivíduos que possuem ambos os tipos de reabilitação ($\bar{x} = 18,00$), e por fim, com as pontuações mais baixas ($\bar{x} = 12,00$), os indivíduos reabilitados apenas com PPR esquelética, maxilar e/ou mandibular.

Assim, uma reabilitação apenas com recurso a próteses acrílicas pode levar a uma menor QVRSO, que aumenta quando existe a presença de prótese esqueléticas, significando que indivíduos com indicação para este último tipo de reabilitação têm uma melhor qualidade de vida com a sua prótese.

No entanto, mais uma vez, a diferença observada entre os vários tipos de reabilitação não foi considerada estatisticamente significativa ($p = 0,06$), e por essa razão é apenas aplicada à amostra em estudo, levando à rejeição da hipótese formulada.

Num estudo de Gonçalves (2008), no qual foi utilizado o questionário GOHAI, verificou-se que a QVRSO é superior em pacientes portadores de próteses esqueléticas, tanto na maxila como na mandíbula, apresentando uma correlação estatisticamente significativa apenas na maxila.

Tal como observado nesta investigação, em Shaghaghian et al. (2015) também não foi encontrada uma correlação estatisticamente significativa entre a variável tipo de reabilitação e QVRSO.

A existência de uma qualidade de vida superior em pacientes portadores de prótese esquelética pode estar relacionada com o facto de reabilitações dento-suportadas ou dento-muco-suportadas apresentarem maior eficácia mastigatória que as reabilitações muco-suportadas, tal como verificado em Budtz-Jorgensen (1999) (Gonçalves, 2008).

Tempo de Utilização e Intervalos de Tempo de Utilização

Para a variável tempo de utilização, o Coeficiente de correlação de Spearman não encontrou correlação estatisticamente significativa com a QVRSO dos pacientes, levando à rejeição da hipótese formulada.

No estudo de Gonçalves (2008), tal como verificado na presente investigação, não foi encontrada correlação estatisticamente significativa entre o tempo de utilização e a QVRSO.

No entanto, no decorrer da investigação procedeu-se à divisão da variável em três grupos, sendo possível observar a existência de uma diferença considerada estatisticamente significativa ($p = 0,03$) entre os diferentes períodos de tempo, levando à aceitação da hipótese formulada.

Foi possível verificar que a mediana da pontuação do índice OHIP diminui do primeiro ($\tilde{x} = 18,00$) para o segundo grupo ($\tilde{x} = 9,50$) (tempo de utilização inferior a 1 ano e tempo de utilização entre 1 ano e 2 anos, respetivamente), mas que não se verifica a mesma situação do segundo para o terceiro grupo ($\tilde{x} = 24,00$), onde se observa um aumento da média para pacientes com tempo de utilização superior a 2 anos.

Deste modo, pacientes que adotaram há menos de 1 ano um novo tipo de reabilitação, vão apresentar uma menor qualidade de vida inicial, podendo corresponder à fase de habituação necessária, qualidade de vida essa que aumenta com o passar do tempo, como se pode verificar pela diminuição do valor da média do primeiro para o segundo grupo.

Do segundo para o terceiro grupo, verificou-se um aumento da média de pontuações, o que significa que existe uma diminuição da qualidade de vida com o passar do tempo.

Em Shaghaghian et al. (2015), verificou-se que pacientes com tempo de utilização inferior ou igual a 1 ano apresentam uma média sensivelmente superior de índice OHIP, quando comparados com os pacientes com o tempo de utilização superior a 1 ano, situação que é também observada na presente investigação. No entanto, não foi encontrada correlação estatisticamente significativa entre as variáveis.

Relação entre as variáveis em estudo e os sete domínios do questionário Fatores de Impacto em Saúde Oral

Quando relacionadas as variáveis em estudo com os sete domínios foi possível observar que as diferenças estatisticamente significativas, anteriormente encontradas relativamente aos intervalos de tempo de utilização, estão relacionadas mais especificamente com o domínio 3, correspondendo este à categoria “Desconforto Psicológico”.

Neste domínio, indivíduos portadores de PPR há mais de dois anos apresentam maior pontuação ($4,00 \pm 5,17$), indicando uma menor QVRSO, seguindo-se o grupo de indivíduos portadores de PPR há menos de 1 ano ($2,00 \pm 3,03$), e por fim os indivíduos portadores de PPR no período de tempo entre 1 e 2 anos, inclusive, apresentando a média mais baixa ($0 \pm 0,50$), indicando uma melhor QVRSO.

Assim, é possível determinar que a diferença significativa verificada ao nível da pontuação total do índice OHIP para a variável tempo de utilização se expressa mais

especificamente ao nível da categoria “Desconforto Psicológico”, existindo concordância entre os dados observados para o domínio em causa e o valor total, uma vez que, por ordem decrescente de médias, se apresenta primeiramente o grupo correspondente ao período de tempo de utilização superior aos 2 anos, com a maior média, em seguida o grupo correspondente ao período inferior a 1 ano, e, por fim, o grupo correspondente ao período de tempo entre 1 ano e 2 anos, com a menor média.

É importante referir ainda a existência de uma diferença estatisticamente significativa em relação à faixa etária, para o domínio 6, que corresponde à categoria “Incapacidade Social”. Para este domínio, apenas se registam respostas positivas para indivíduos com idade inferior ou igual aos 60 anos.

Significa então que, relativamente à categoria “Incapacidade Social”, indivíduos com idade inferior ou igual a 60 anos apresentam menor QVRSO.

Por outro lado, é possível observar que, para a maioria dos casos, a maior média de pontuação é observada ao nível do domínio 1, que corresponde à categoria “Limitações Funcionais”, tal como referido anteriormente, podendo significar que, para a amostra em estudo, o domínio que mais influência o resultado final, e por essa razão tem mais impacto na QVRSO, é o domínio das “Limitações Funcionais”.

Limitações do estudo

No decorrer da realização desta investigação foram sentidas algumas dificuldades as quais constituem limitações à sua realização.

O questionário utilizado foi a versão completa do questionário OHIP, constituído por 49 perguntas. Um questionário de grandes dimensões consome maior tempo na entrevista e, por essa razão, contribuiu para a limitação da amostra.

Para a limitação da amostra contribuiu ainda o facto de a investigação ser realizada na consulta de CRO da Clínica Dentária do ISCSEM, durante um período de 3 meses, por apenas um investigador, e sob critérios de inclusão e exclusão específicos de modo a incluir os pacientes entrevistados nos objetivos da investigação em causa.

A recolha de um número pequeno de fatores de ordem sociodemográfica, exteriores ao questionário, tal como idade e sexo, bem como o número e tipo de próteses utilizadas, limitou o estudo comparativo entre grupos de pacientes com diferentes características,

como grau de escolaridade, tipo de utilização de prótese (durante as refeições ou durante a noite), horas de utilização da(s) prótese(s) por dia, frequência de higienização, entre outros fatores.

O tamanho reduzido da amostra impossibilitou ainda o estudo de mais variáveis independentes, como a localização da reabilitação (maxilar e/ou mandibular), devido número reduzido de indivíduos que constituiria cada um dos grupos a analisar.

V. Conclusão

A partir dos resultados obtidos na análise estatística é possível retirar as seguintes conclusões, relacionadas com os objetivos propostos.

A avaliação da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral (QVRSO) dos pacientes constituintes da amostra, medida através do questionário Oral Health Impact Profile (OHIP-49), obteve uma média de pontuações de 27,09, numa escala de 0-196, sendo o valor mais próximo do zero o ideal. No entanto, as pontuações obtidas variam de 4 a 195, o que significa que, apesar da média ser baixa, existem pacientes na amostra que apresentam uma qualidade de vida muito debilitada.

Apesar dos valores totais do índice OHIP, no que diz respeito à soma, indicarem uma QVRSO favorável a moderada, tal como anteriormente referido, a prevalência de problemas relacionados com a utilização dessas mesmas próteses é considerável.

Assim, dos sete domínios do questionário OHIP, os mais afetados são o domínio um, “Limitações Físicas”, domínio dois, “Dor Física”, domínio três, “Desconforto Psicológico” e domínio quatro, “Incapacidade Física”, e os problemas mais frequentemente reportados são relativos à retenção de alimentos, preocupação com problemas dentários, sensibilidade dentária, alterações na dieta, dificuldade em mastigar, vergonha e desconforto relativamente aos dentes, próteses e à sua estética, adaptação das próteses e afetação da aparência.

Das características sócio-demográficas estudadas, apenas a idade está relacionada com a QVRSO ($p = 0,04$), mais especificamente ao nível dos domínios três, “Desconforto Psicológico” ($p = 0,02$), cinco, “Incapacidade Psicológica” ($p = 0,03$) e seis, “Incapacidade Social” ($p = 0,03$). A pontuação obtida diminui com o aumento da idade e, dessa forma, conclui-se que indivíduos mais jovens apresentam níveis de qualidade de vida menos favoráveis.

Relativamente à faixa etária, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes grupos e, dessa forma, conclui-se que não existe relação entre a inclusão do paciente portador de PPR numa determinada faixa etária e a sua QVRSO.

Por sua vez, quanto ao gênero, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos e, dessa forma, conclui-se que não existe relação entre esta variável e a QVRSO do paciente portador de PPR.

Das características clínicas estudadas, não foi observada diferença estatisticamente significativa, nem relativamente ao tipo de reabilitação ($p = 0,06$), nem relativamente ao tempo de utilização ($p > 0,05$). Assim, conclui-se que não existe relação entre as variáveis clínicas estudadas e a QVRSO do paciente portador de PPR.

No que diz respeito aos intervalos de tempo de utilização foi possível observar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes grupos. Conclui-se assim que existe relação entre os intervalos de tempo de utilização da PPR e a QVRSO.

No geral, a qualidade de vida dos pacientes portadores de PPR é considerada Boa. No entanto, persistem problemas funcionais, de desconforto e incapacidade física.

VI. Bibliografia

- Al-Imam, H., Özhatay, E. B., Banetti, A. R., Pedersen, A. M. L., & Gotfredsen, K. (2016). Oral health-related quality of life and complication after treatment with partial removable dental prosthesis. *Journal of Oral Rehabilitation*, 43, 23-30.
- Allen, F., & Locker, D. (2002). A Modified Short Version of the Oral Health Impact Profile for Assessing Health-Related Quality of Life in Edentulous Adults. *The International Journal of Prosthodontics*, 15(5), 446-450.
- Allen, P. F., McMillan, A. S., Walshaw, D., & Locker, D. (1999). A comparison of the validity of generic- and disease-specific measures in the assessment of oral health-related quality of life. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 27, 344-352.
- Alvarenga, F. A. de S., Henriques, C., Takatsui, F., Montandon, A. A. B., Telarolli Júnior, R., Monteiro, A. L. C. de C., Pinelli, C., & Loffredo, L. de C. M. (2011). Impacto da saúde bucal na qualidade de vida de pacientes maiores de 50 anos de duas instituições públicas do município de Araraquara-SP, Brasil. *Revista de Odontologia Da UNESP*, 40(3), 118-124.
- Areias, C. M. F. G. P. (2004). *Grau de Satisfação de Pacientes Portadores de Prótese Dentária Removível*. (Tese de mestrado não publicada). Faculdade de medicina Dentária da Universidade do Porto, Porto.
- Atchison, K. A., & Dolan, T. A. (1990). Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *Journal of Dental Education*, 54(11), 680-687.
- Awad, M., Al-Shamrany, M., Locker, D., Allen, F., & Feine, J. (2008). Effect of reducing the number of items of the Oral Health Impact Profile on responsiveness, validity and reliability in edentulous populations. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 36, 12-20.
- Brunello, D. L., & Mandikos, M. N. (1998). Construction faults, age, gender, and relative medical health: Factors associated with complaints in complete denture patients. *The Journal of Prosthetic Dentistry*, 79(5), 545-554.
- Davis, D. M., Fiske, J., Scott, B., & Radford, D. R. (2000). The emotional effects of tooth loss: a preliminary quantitative study. *British Dental Journal*, 188(9), 503-506.

- Denis, F., Trojak, B., & Rude, N. (2016). Cross-cultural equivalence in translation of the oral health impact profile: how to interpret the final score? *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 1–2.
- Fernandes, J. C. A. S. (1995). *Necessidades Protéticas na População Portuguesa Institucionalizada*. (Tese de doutoramento não publicada). Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, Porto.
- Fernandes, M. J., Ruta, D. A., Ogden, G. R., Pitts, N. B., & Ogston, S. A. (2006). Assessing oral health-related quality of life in general dental practice in Scotland : validation of the OHIP-14. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 34, 53–62.
- Fontelles, M. J., Simões, M. G., Farias, S. H., & Fontelles, R. G. S. (2009). Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. *Revista Paraense de Medicina*, 23(3), 1–8.
- Frank, R. P., Brudvik, J. S., Leroux, B., Milgrom, P., & Hawkins, N. (2000). Relationship between the standards of removable partial denture construction, clinical acceptability, and patient satisfaction. *The Journal of Prosthetic Dentistry*, 83(5), 521-527.
- Furuyama, C., Takaba, M., Inukai, M., Mulligan, R., Igarashi, Y., & Baba, K. (2011). Oral health-related quality of life in patients treated by implant-supported fixed dentures and removable partial dentures. *Clinical Oral Implants Research*, 20, 1–5.
- Gaspar, M. G., Santos, M. B. F. dos, Santos, J. F. F. dos, & Marchini, L. (2013). Correlation of previous experience, patient expectation and the number of post-delivery adjustments of complete dentures with patient satisfaction in a Brazilian population. *Journal of Oral Rehabilitation*, 40, 590–594. <http://doi.org/10.1111/joor.12070>
- Gonçalves, P. M. C. (2008). *Avaliação da Qualidade de Vida, Relacionada com a Saúde Oral, dos Indivíduos Portadores de Próteses Dentárias Removíveis Totais e Parciais*. (Tese de mestrado não publicada). Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, Porto.

- Jenei, Á., Sándor, J., Hegedűs, C., Bágyi, K., Nagy, L., Kiss, C., Szabó, G., & Márton, I. J. (2015). Oral health-related quality of life after prosthetic rehabilitation: a longitudinal study with the OHIP questionnaire. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13(99), 1–7.
- John, M. T., Miglioretti, D. L., LeResche, L., Koepsell, T. D., Hujoel, P., & Micheelis, W. (2006). German short forms of the Oral Health Impact Profile. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 34, 277–288.
- John, M. T., Patrick, D. L., & Slade, G. D. (2002). The German version of the Oral Health Impact Profile – translation and psychometric properties. *European Journal of Oral Sciences*, 110, 425–433.
- John, M. T., Reibmann, D. R., Feuerstahler, L., Waller, N., Baba, K., Larsson, P., Čelebić, A., Szabo, G., & Renner-Sitar, K. (2014). Factor analyses of the Oral Health Impact Profile - Overview and studied population. *Journal of Prosthodontic Research*, 58, 26–34.
- John, M. T., Slade, G. D., Szentpétery, A., & Setz, J. M. (2004). Oral Health-Related Quality of Life in Patients Treated with Fixed, Removable, and Complete Dentures 1 Month and 6 to 12 Months After Treatment. *The International Journal of Prosthodontics*, 17(5), 503–511.
- Larsson, P., List, T., Lundström, I., Marcusson, A., & Ohrbach, R. (2004). Reliability and validity of a Swedish version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-S). *Acta Odontologica Scandinavica*, 62, 147–152.
- Leles, C. R., Morandini, W. J., Silva, É. T. da, Nunes, M. de F., & Freire, M. C. M. (2008). Assessing perceived potential outcomes of prosthodontic treatment in partial and fully edentulous patients. *Journal of Oral Rehabilitation*, 35, 682–689.
- Locker, D., & Allen, P. F. (2002). Developing Short-form Measures of Oral Health-related Quality of Life. *Journal of Public Health Dentistry*, 62(1), 13–20.
- Marotti, J., Galhardo, A. P. M., Furuyama, R. J., Pigozzo, M. N., Campos, T. N. de, & Laganá, D. C. (2008). Amostragem em pesquisa clínica: Tamanho da amostra. *Revista de Odontologia Da Universidade Cidade de São Paulo*, 20(2), 186–194.
- Marshall, S., Haywood, K., & Fitzpatrick, R. (2006). Impact of patient-reported outcome

- measures on routine practice: a structured review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 12(5), 559–568.
- McGrath, C., & Bedi, R. (2000). Gender variations in the social impact of oral health. *Journal of the Irish Dental Association*, 46(3), 87-91.
- McGrath, C., Lam, O., & Lang, N. (2012). An evidence-based review of patient-reported outcome measures in dental implant research among dentate subjects. *Journal of Clinical Periodontology*, 39(12), 193–201.
- Mesko, M. E. (2012). *Qualidade de vida relacionada à saúde bucal de usuários de prótese total e prótese parcial removível*. (Tese de mestrado não publicada). Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.
- Montero-Martín, J., Bravo-Pérez, M., Albaladejo-Martínez, A., Hernández-Martín, L. A., & Rosel-Gallardo, E. M. (2009). Validation the Oral Health Impact Profile (OHIP-14sp) for adults in Spain. *Journal of Clinical and Experimental Dentistry*, 1(1), 1–7.
- Oliveira, B. H. de, & Nadanovsky, P. (2005). Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile – short form. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 33, 307–314.
- Özhayat, E. B., & Gotfredsen, K. (2012). Effect of treatment with fixed and removable dental prostheses. An oral health-related quality of life study. *Journal of Oral Rehabilitation*, 39, 28–36.
- Özhayat, E. B., & Gotfredsen, K. (2013). Oral health-related quality-of-life in patients to be treated with fixed or removable partial dental prostheses. *Acta Odontologica Scandinavica*, 71, 113–119.
- Petersen, P. E. (2003). The World Oral Health Report 2003 : continuous improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 31(1), 3–24.
- Petersen, P. E., Bourgeois, D., Ogawa, H., Estupinan-Day, S., & Ndiaye, C. (2005). The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bulletin of the World Health Organization*, 83(9), 661–669.
- Peterson, P. E., & Yamamoto, T. (2005). Improving the oral health of older people: the

- approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 33, 81-92.
- Pires, C. P. dos A. B., Ferraz, M. B., & Abreu, M. H. N. G. de. (2006). Translation into Brazilian portuguese, cultural adaptation and validation of the oral health impact profile (ohip-49). *Brazilian Oral Research*, 20(3), 263–268.
- Pommer, B. (2013). Use of the Oral Health Impact Profile (OHIP) in Clinical Oral Implant Research. *Journal of Dental, Oral and Craniofacial Epidemiology*, 1(3), 3–10.
- Rener-Sitar, K., Petričević, N., Čelebić, A., & Marion, L. (2008). Psychometric Properties of Croatian and Slovenian Short Form of Oral Health Impact Profile Questionnaires. *Croatian Medical Journal*, 49, 536–544. <http://doi.org/10.3325/cmj.2008.4.536>
- Rodakowska, E., Mierzyńska, K., Bagińska, J., & Jamiolkowski, J. (2014). Quality of life measured by OHIP-14 and GOHAI in elderly people from Bialystok , north-east Poland. *BMC Oral Health*, 14(106), 1–8.
- Segù, M., Collesano, V., Lobbia, S., & Rezzani, C. (2005). Cross-cultural validation of a short form of the Oral Health Impact Profile for temporomandibular disorders. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 33, 125–130.
- Shaghaghian, S., Taghva, M., Abduo, J., & Bagheri, R. (2015). Oral health-related quality of life of removable partial denture wearers and related factors. *Journal of Oral Rehabilitation*, 42, 40–48.
- Siqueira, G. P. de, Santos, M. B. F. dos, Santos, J. F. F. dos, & Marchini, L. (2013). Patients' expectation and satisfaction with removable dental prosthesis therapy and correlation with patients' evaluation of the dentists. *Acta Odontologica Scandinavica*, 71, 210–214.
- Sischo, L., & Broder, H. L. (2011). Oral Health-related Quality of Life: What, Why, How, and Future Implications. *Journal of Dental Research*, 90(11), 1264–1270.
- Slade, G. D. (1997). Derivation and validation of a short- form oral health impact profile. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 25, 284–290.
- Slade. G. D., & Spencer, A. J. (1994). Development and evaluation of the oral Health Impact Profile. *Community Dental Health*, 11(1), 3-11.

- Souza, R. F., Patrocínio, L., Pero, A. C., Marra, J., & Compagnoni, M. A. (2007). Reliability and validation of a Brazilian version of the Oral Health Impact Profile for assessing edentulous subjects. *Journal of Oral Rehabilitation*, 34, 821–826.
- Steele, J. G., Sanders, A. E., Slade, G. D., Allen, P. F., Lahti, S., Nuttall, N., & Spencer, A. J. (2004). How do age and tooth loss affect oral health impacts and quality of life? A study comparing two national samples. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 32, 107–114.
- Strauss, R. P., & Hunt, R. J. (1993). Understanding the value of teeth to older adults: influences on the quality of life. *The Journal of the American Dental Association*, 124, 105–110.
- Szentpétery, A., Szabó, G., Marada, G., Szántó, I., & John, M. T. (2006). The Hungarian version of the Oral Health Impact Profile. *European Journal of Oral Sciences*, 114, 197–203.
- Todescan, R., Silva, E. E. B. da, & Silva, O. J. de. (2001). *Atlas de Prótese Parcial Removível*. São Paulo: Livraria Santos Editora.
- Visscher, C. M., Lobbezoo, F., & Schuller, A. A. (2014). Dental status and oral health-related quality of life . A population-based study. *Journal of Oral Rehabilitation*, 41(6), 416–422.
- Ware, J. E. Jr., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.
- Wong, A. H. H., Cheung, C. S., & McGrath, C. (2007). Developing a short form of Oral Health Impact Profile (OHIP) for dental aesthetics : OHIP-aesthetic. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 35, 64–72.
- Wong, M. C. M., Lo, E. C. M., & McMillan, A. S. (2002). Validation of a Chinese version of the Oral Health Impact Profile (OHIP). *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 30, 423–430.
- Zani, S. R., Rivaldo, E. G., Frasca, L. C. F., & Caye, L. F. (2009). Oral health impact profile and prosthetic condition in edentulous patients rehabilitated with implant-supported overdentures and fixed prostheses. *Journal of Oral Science*, 51(4), 535–543.

VII. Anexos

Anexo 1



Monte de Caparica, ____ de ____ de ____

Exmo.(a) Sr.(a),

No âmbito do Mestrado Integrado em Medicina Dentária na Unidade Curricular de Orientação Tutorial do Projeto Final do Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, sob a orientação do Professor Doutor Paulo Maurício e coorientação do Mestre José Reis, solicita-se autorização para a participação no estudo "Avaliação da Qualidade de Vida em Pacientes Portadores de Prótese Parcial Removível" com o objetivo de avaliar a qualidade de vida associada à saúde oral através adaptação e aplicação do questionário "Fatores de Impacto na Saúde Oral" ("Oral Health Impact Profile").

A participação neste estudo é voluntária. A sua não participação não lhe trará qualquer prejuízo.

Este estudo pode trazer benefícios tais como o melhor entendimento das principais queixas e necessidades do paciente portador de próteses parciais removíveis, de modo a melhorar o serviço prestado e a contribuir para o progresso do conhecimento.

A informação recolhida destina-se unicamente a tratamento estatístico e/ou publicação e será tratada pelos orientadores e/ou pelos seus mandatados. A sua recolha é anónima e confidencial.

(Riscar o que não interessa)

ACEITO/NÃO ACEITO participar neste estudo, confirmando que fui esclarecido sobre as condições do mesmo e que não tenho dúvidas.

(Assinatura do participante ou, no caso de menores, do pai/mãe ou tutor legal)

Anexo 2

Comissão de Ética



Ex.ma Senhora
Joana Catarina Martins Murtinha


Monte de Caparica, 21 de janeiro de 2016.

Ex.ma Senhora,

Venho comunicar-lhe que o Pedido de Parecer que submeteu à apreciação da Comissão de Ética da Egas Moniz, com o tema denominado "Avaliação da qualidade de vida em pacientes portadores de prótese parcial removível", foi aprovado por unanimidade.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente da Comissão de Ética da Egas Moniz

Prof.^a Doutora Maria  Fernanda de Mesquita